

遷延性意識障害 (遷延性植物状態) 臨床個人票

医療機関名 _____ 診療科名 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____ 担当医師氏名 _____

患者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	世帯主名	
患者の職業		患者の住所	長野県		郡	区	町 村 番地
初診年月日	年 月 日	原因疾患の発病年月日	年 月 日ごろ、 <input type="checkbox"/> 不明		本症と診断された年月日	年 月 日	
現在の受療状況	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院外 (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他)			身体障害者手帳の交付の有無及び等級	<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし	
医療保険の別	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 協会健保 <input type="checkbox"/> 国保 (割給付) <input type="checkbox"/> 日雇健保 <input type="checkbox"/> 船員保険			公的な医療扶助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保	
	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> その他 ()	
I 原因疾患							
1 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 (1) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災事故 <input type="checkbox"/> その他の災害事故 ()							
(2) <input type="checkbox"/> 脳挫傷 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 頭蓋内脳外血腫 <input type="checkbox"/> その他 ()							
(3) 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
2 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (1) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 (<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 脳動静脈奇形 <input type="checkbox"/> その他 ())							
<input type="checkbox"/> その他 ()							
(2) 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
3 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 (1) <input type="checkbox"/> グリオーム <input type="checkbox"/> 髄膜種 <input type="checkbox"/> 松果体腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭蓋咽頭腫 <input type="checkbox"/> 聴神経腫瘍							
<input type="checkbox"/> 下垂体腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()							
(2) <input type="checkbox"/> 大脳半球 <input type="checkbox"/> 大脳基底核視床 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 小脳							
(3) 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
(4) 放射線療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
(5) その他 ()							
4 <input type="checkbox"/> 脳低酸素症 (1) <input type="checkbox"/> 心停止 [原因 () 時間 ()]							
(2) <input type="checkbox"/> 窒息 [原因 () 時間 ()]							
(3) <input type="checkbox"/> ショック [原因 ()]							
5 <input type="checkbox"/> 頭蓋内炎症 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> その他 ()							
6 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 一酸化炭素 <input type="checkbox"/> 農薬及びその他の薬剤 (薬剤名) <input type="checkbox"/> その他 (病名)							
7 その他の神経疾患 <input type="checkbox"/> 変性疾患 (病名) <input type="checkbox"/> 代謝性疾患 (病名)							
<input type="checkbox"/> 膠原病 (病名) <input type="checkbox"/> その他 (病名)							
8 <input type="checkbox"/> その他 ()							
II 植物症に至るまでの経過							
III 現症							
1 意識障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
睡眠覚醒のリズム <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
2 開眼・閉眼 <input type="checkbox"/> 開閉眼によって意思の疎通ができる							
<input type="checkbox"/> 意思の疎通は困難だが命令に応じてできる							
<input type="checkbox"/> 自発的に行う							
<input type="checkbox"/> 痛み・刺激に反応して行う							
<input type="checkbox"/> 閉眼のままである							
3 眼球運動 <input type="checkbox"/> 命令に応じて物を追う							
<input type="checkbox"/> 自然に物を追う							
<input type="checkbox"/> 物を追うように眼を動かさない							
<input type="checkbox"/> 不明							
4 発語 (1) 意味のある会話が (<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)							
(2) 簡単な言葉を (<input type="checkbox"/> 命令によって言うことができる <input type="checkbox"/> 自然に言う <input type="checkbox"/> まったく言わない)							
(3) 母音 (アウー) や叫び声を (<input type="checkbox"/> 命令によって <input type="checkbox"/> 発音できる <input type="checkbox"/> 自然に発音する <input type="checkbox"/> 発音しない)							
5 運動 <input type="checkbox"/> 目的をもった随意運動ができる (部位 内容)							
<input type="checkbox"/> 命令に応じて身体の一部を動かせる (部位 内容)							
<input type="checkbox"/> 命令に応じた運動は全くできない							
<input type="checkbox"/> 痛みに対する逃避反応はある (部位)							
<input type="checkbox"/> 自然にも刺激に対しても全く動かない							
6 摂食 <input type="checkbox"/> 四肢麻ひ <input type="checkbox"/> 完全麻ひ <input type="checkbox"/> 不完全麻ひ							
<input type="checkbox"/> 麻ひはない <input type="checkbox"/> 不明							
7 尿失禁 <input type="checkbox"/> 有 (カテーテル使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無							
便失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
8 気管切開 <input type="checkbox"/> 有 (人工呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無							
IV 合併症 <input type="checkbox"/> 呼吸器感染症 (<input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> 以前にあり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 尿路感染症 (<input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> 以前にあり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 褥瘡 (<input type="checkbox"/> 常時あり (部位) <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> 以前にあり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> その他 ()							
V 治療 <input type="checkbox"/> 薬物療法 (主な薬剤 , 年 か月)							
<input type="checkbox"/> 理学療法 (内容 , 年 か月)							
<input type="checkbox"/> その他 ()							
(備考)							