

遷延性意識障がいに関する意見書			
病名又は 原因	病名() 原因()		
発病年月日	年 月 日	意識障がい年月日	年 月 日
項 目	現 症 状		
1 自力移動が不可能である。 (体位変換) (四肢拘縮麻痺)の有無など			
2 声を出しても意味のある発言 が不可能である。			
3 目を開け、手を握れ、という 簡単な命令には、かろうじて応 じることがあるが、それ以上の 意思疎通が不可能である。			
4 眼球は、かろうじて物を追っ ても認識はできない。			
5 自力摂食が不可能である。 (強制栄養の有無、そしゃく) (嚥下の可、不可など)			
6 尿尿失禁状態にある。			
7 その他参考事項 (気管切開、意識障害の有無等)			
理 学 的 所 見			
血 液 検 査 所 見	血沈 mm / H、Hb g / dl、赤血球数 10/mm ³ 白血球数 /mm ³ 、CRP反応 その他		
尿 検 査 所 見	ウロビリノーゲン mg / H、蛋白 g / 日、糖 g / 日 沈査		
そ の 他	治療研究の状況(入院、通院・往診)		
担 当 医 師	氏 名 印		

治療研究の状況は、該当するものを で囲んでください。