

第2号様式

重度意識障害者診断書			
(フリガナ) 氏名		男・女	昭和 年 月 日 平成
住所			
事故発生年月日	年 月 日	意識障害発生年月日	年 月 日
発生原因及び簡単な経過			
症 状	現 症		
1.自力移動が不可能である 四肢拘縮 麻痺 体位変換 } の有無など	<input type="checkbox"/> 介助により座位がとれる。 <input type="checkbox"/> 自分で寝返りできる。 <input type="checkbox"/> ときに合目的な自発運動がある。 <input type="checkbox"/> ときに無目的な自発運動がある。 <input type="checkbox"/> 自発運動は全くない。痛刺激に対し逃避運動がある。 <input type="checkbox"/> その他		
2.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 可能・不可能 など	<input type="checkbox"/> 時間がかかるが何とか自分で摂食できる。 <input type="checkbox"/> 口に入れてやれば摂食できる。チューブ不要 <input type="checkbox"/> 大部分は経口、一部はチューブによる摂食。 <input type="checkbox"/> 大部分はチューブ、一部は経口摂食 <input type="checkbox"/> 鼻腔チューブ又は胃瘻、あるいは経静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他		
3.尿尿失禁状態にある。	<input type="checkbox"/> ときに失禁する。 <input type="checkbox"/> 夜間を除きほぼ合図で知らせる。おむつが必要。 <input type="checkbox"/> 定期的に排便・排尿させる。常時おむつ着用。 <input type="checkbox"/> 便意・尿意を示す体動がある。常時おむつ着用。 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル、又は常時おむつ着用。 <input type="checkbox"/> その他		
4.眼球は、かろうじて物を追う こともあるが、認識はできない。	<input type="checkbox"/> テレビを見て楽しみ、家族を認識する。 <input type="checkbox"/> テレビ、他人の動作などに反応し表情が変わる。 <input type="checkbox"/> 家族は認識できるらしい。表情が変わるが一貫性がない。 <input type="checkbox"/> 声をかけた方を見る。移動するものを追従する。 <input type="checkbox"/> 追視なし、または視線不定。 <input type="checkbox"/> その他		
5.声を出しても意味のある発語 は全く不可能である。 (発語・気管切開があるときは 口の動きで判断する。)	<input type="checkbox"/> 会話がほぼ成立する。 <input type="checkbox"/> ときに意味のある発語がある。 <input type="checkbox"/> 呼び掛けに対して発声することもあるが、単語の発語はない。 <input type="checkbox"/> 刺激に対して発声することもあるが不明瞭。 <input type="checkbox"/> 発声なし、又は無意味な声を出すだけ。 <input type="checkbox"/> その他		
6.眼を開け、手を握れというよ うな簡単な命令には、かろう じて応ずることもあるが、 それ以上の意志の疎通は 不可能である。	<input type="checkbox"/> 少し複雑な命令にかなり正確に応じる。 <input type="checkbox"/> 簡単な命令に正しく応じる。 <input type="checkbox"/> 命令にときに応じるが不確実。 <input type="checkbox"/> 命令に体動、目の動きなど何らかの反応を示す。 <input type="checkbox"/> 命令に全く反応しない。 <input type="checkbox"/> その他		
7.その他参考事項			
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 _____ 所 在 地 _____ 診療担当科・医師氏名 _____ 科 _____ 印			