（様式第１号の４）

頭部外傷後の意識障害についての所見

（対象者　　殿　　年　　月　　日生）

1. 意識障害の有無とその後の推移についてご記入下さい。

時間	刺激しても覚醒*せず	刺激すると覚醒	刺激なしで覚醒	意識清明	不明
受傷直後（救急士報告）					
初診時（受傷後　　時間）					
約 6 時間後					
約 24 時間後					
約 1 週間後					
約 1 ヵ月後					
1 ヶ月以上					

※　該当する意識レベルに〇印をご記入下さい。

※　意識障害なしの場合は、初診時意識清明に〇印をご記入下さい。

＊　覚醒は開眼、言語、(and/or) 動作で判定して下さい。

2. 外傷後の健忘期間（本人が覚えていない期間）についてご記入下さい。

1 週間以内	1 週間以上		備考
		日・月間 年　月　日頃まで	

※　該当する期間に〇印をご記入下さい。1 週間以上の場合は可能な限りで結構ですので具体的な期間、または外傷後健忘が認められた時期についてご記入下さい。

※　外傷後健忘なしの場合には備考欄に「なし」とご記入下さい。

※　不明の場合は備考欄に「不明」とご記入下さい。

3. 画像検査（CT,MRI,EEG 等）や心理検査（WAIS-R,Wisconsin, card sorting test 等）を実施されていましたら、結果をご教示下さい。(所見用紙等のコピーでも結構です。)

4. 事故前と比較し特に低下した日常生活機能があれば記載して下さい。

5. その他、意識障害の所見について特記すべき事項がございましたらご教示下さい。

令和　　年　　月　　日

医療機関

所在地

診療科

医師名　　㊞

（日本産業規格Ａ列４番）