遷延性意識障害認定についての確認事項

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　意識の状態

（1）レベル（Japan Coma Scale）＿＿＿＿＿＿＿＿

なお，１～３の場合，遷延性意識障害と判断した理由について

（　　）

（2）ア．現状維持　　イ．回復見込みあり

2　医学的管理の状態

（1）補助呼吸　　要　　不要

（2）栄養摂取方法　　中心静脈栄養法　　経管栄養

（3）医療管理を必要とする合併症について　　有（下記に記入してください）　　無

・循環器系疾患　疾患名　（　　）

現在の治療内容（　　）

今後の回復見込（　　）

・消化器疾患　疾患名　（　　）

現在の治療内容（　　）

今後の回復見込（　　）

・代謝性疾患　疾患名　（　　）

現在の治療内容（　　）

今後の回復見込（　　）

・感染症　疾患名　（　　）

現在の治療内容（　　）

今後の回復見込（　　）

・その他　（　　）

3　今後の医学的管理の状態の見込み

（1）入院による常時の医学的管理　　要　　不要

（2）入院中であるが家庭介護に近い程度の管理　　可能　　不可能

（3）退院及び家庭での介護　　可能　　不可能

※不可能な場合の理由　ア．遷延性意識障害に対する医学的管理のため

イ．ア以外の疾病等に対する医学的管理のため

（病名　　）

ウ．その他の理由（介護人，住宅等の受け入れのための原因）

4　総合的なコメント（今後の方針など）

（　　）

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　㊞