

(2) 医療情報(案)

資料 5

記入日 平成 年 月 日

支援機関名 _____ 記入者 _____ TEL _____

★ 患者氏名	(男・女)	★ 生年月日	年 月 日 歳
★ 発症日	年 月 日 (歳)	保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 労災(通勤・業務) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自立支援	
★ 診断名(高次脳の原因傷病)		診断病院名	
初診日(高次脳原因疾患に関する)	年 月 日	病院	症状固定日 年 月 日 (病院)
高次脳機能障がい診断	<input type="checkbox"/> 確定(診断した病院名 _____) <input type="checkbox"/> 疑い(診断した病院名 _____)		
発症時の状況			
意識レベル	<input type="checkbox"/> JCS _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> GCS _____ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 意識のなかった期間(時間) _____ 日(時間)		
治療経過(入院・通院)	入院病院名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院病院名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院病院名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院病院名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院病院名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
てんかん発作状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度 <input type="checkbox"/> 1回/週以上 <input type="checkbox"/> 1回/月以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上 <input type="checkbox"/> 1回/年以上超こもず	脳波検査 <input type="checkbox"/> 実施 (_____ 病院)	
既往歴			
現在かかっている医療機関	病院名	主病名	処方薬
	病院名	主病名	処方薬
	病院名	主病名	処方薬
高次脳機能障がいの症状	<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意(半側空間無視 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 遂行 <input type="checkbox"/> 社会的行動 <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失語		
リハビリ状況	PT訓練期間	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名
	OT訓練期間	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名
	ST訓練期間	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名
	嚥下訓練期間	年 月 日 ~ 年 月 日	病院名
★ 身体状況	身長 _____ cm	<input type="checkbox"/> 運動麻痺: 部位 _____	<input type="checkbox"/> 感覚麻痺: 部位 _____
	体重 _____ kg	<input type="checkbox"/> 拘縮: 部位 _____	<input type="checkbox"/> 疼痛: 部位 _____
	(年 月 時点)	<input type="checkbox"/> 欠損: 部位 _____	<input type="checkbox"/> 味覚障害: _____ <input type="checkbox"/> 視覚障害: _____
		<input type="checkbox"/> 臭覚障害: _____	<input type="checkbox"/> 聴覚障害: _____ <input type="checkbox"/> その他: _____
嗜好	<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アレルギー有(内容 _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
禁忌薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 薬名(_____)		
画像・心理検査等実施状況	MRI 時期 _____ 年 月 (_____ 病院)	CT 時期 _____ 年 月 (_____ 病院)	
	心理検査 時期 _____ 年 月 (_____ 病院)	その他 時期 _____ 年 月 (_____ 病院)	
感染症既往歴	摂食嚥下機能問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

運転免許についての意見	<input type="checkbox"/> 運転可(<input type="checkbox"/> 評価済 <input type="checkbox"/> 評価未 <input type="checkbox"/> 評価不要) <input type="checkbox"/> 運転評価が望ましい <input type="checkbox"/> 運転不可 <input type="checkbox"/> 運転免許無し
医療的な留意事項	再発の可能性 <input type="checkbox"/> 高い
生活歴	
本人の意向	
家族の意向	
診断書作成状況	障害者手帳: <input type="checkbox"/> 身体 _____ 病院 <input type="checkbox"/> 療育 _____ 病院 <input type="checkbox"/> 精神 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> 傷病手当 _____ 病院 <input type="checkbox"/> 障害年金 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> 介護保険 _____ 病院 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> 高次脳医師診断書 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> 自賠責関連 書類名 _____ 病院 書類名 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> 就労関連 書類名 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> 労災関係 書類名 _____ 病院 書類名 _____ 病院
	<input type="checkbox"/> その他 書類名 _____ 病院 書類名 _____ 病院

★は基礎情報と重複している項目です。

※入院時、退院時にもらった書類(リハビリ計画書、看護サマリー、リハビリサマリー等)については、
ファイルに入れて保管しましょう。