

(非救急症例については 4. 原疾患の治療 から記入すること。)

2. 病院前救護

1) 発病年月日： 平成_____年_____月_____日_____時_____分

確定診断日時：平成_____年_____月_____日_____時_____分

2) 病名：

合併病名：

3) 既往症（主として疾病と関連するものについて記載すること。）

4) 発症から来院までの経過

① 発症症状

② 覚知：____；____ 現着：____；____ 現発：____；____ 病着：____；____

③ 救急隊現場到着時の症状

【意識水準】：JCS：____，GCS____ 【自発呼吸】：有，無

【瞳孔散大】：有，無 【対光反射】：有，無

④ 救急隊員による対応

【酸素投与】：有，無

【呼吸補助】：有，無 方法：_____

【心マッサージ】：有，無

⑤ 搬送途中での症状変化

⑥ 搬送途中の処置

3. 救急外来での所見・処置等

1) 来院時所見 (来院時刻：平成_____年___月___日_____時_____分)

① 全身状態

i) 体温 : _____℃

ii) 呼吸状態 : _____/分、 規則的 、 不規則 、 浅 、 深

iii) 心拍 : _____/分、 整 、 不整 、 強 、 弱

iv) 血圧 : _____ - _____ mmHg

v) その他 :

② 神経学的所見

i) 意識水準 : JCS : _____ GCS : _____

ii) 神経症状

a) 瞳孔径 : 右_____mm 、 左_____mm

対光反射 : 右_____ 、 左_____

b) 自発運動 : 有 、 無

片麻痺 : 有 、 無

c) その他

2) 救急外来での所見・処置

① 心肺蘇生： 有 ， 無

蘇生に要した時間： _____分

使用した薬剤： _____, _____, _____

② 気道確保： 有 ， 無 方法： _____

③ 呼吸補助： 有 ， 無 換気条件： FiO_2 _____, モード _____

④ 静脈確保： 有 ， 無

⑤ 血圧の推移

⑥ 投与薬剤

⑦ 心電図所見

⑧ 血液検査： 血糖 _____mg/dl、 Na _____mEq/l、 K _____mEq/l

⑨ 血液ガス分析： PH _____、 PaO_2 _____mmHg、 PaCO_2 _____mmHg

BE _____、 SpO_2 _____%

呼吸器条件： FiO_2 _____, _____

3) 画像所見

① 来院時 (施行年月日：平成____年__月__日、発症後____時間)

i) CTあるいはMRI

a) くも膜下出血： 有 、 無

有の場合：部位

範囲

Fisher分類

b) 頭蓋内血腫： 有 、 無

有の場合：部位

大きさ

正中構造の偏位： _____mm

c) 脳挫傷： 有 、 無

有の場合：局所的、び慢性

部位

d) 脳腫脹： 有 、 無

有の場合：脳槽の消失： 有 、 無

脳室の縮小： 有 、 無

正中構造の偏位： _____mm、無

皮髄境界：明瞭 、 不明瞭

e) その他

f) 診断

CTあるいはMRIの略図

ii) その他の検査

a) 所見及び診断

4) 治療法の選択と家族への説明

②家族への説明

③意思表示カード確認の時期等

①治療法

4. 原疾患の治療

1) 手術 (施行年月日：____年__月__日、発症後____時間)

① 術式：

② 手術を行った理由：

③ 術中所見

④ 術後経過

⑤ 手術を行わなかった理由

2) 集中治療室での管理

① 集中治療室入室時間：平成_____年_____月_____日_____時_____分

② 頭蓋内圧測定： 有（最高値；_____mmHg）脳灌流圧（最低値；_____mmHg）
無

③ 全身管理

i) 呼吸管理

ii) 循環管理

iii) 体液電解質管理

iv) 感染・免疫管理

v) 栄養管理

vi) 検査値

	治療開始	最高値	最低値	治療終了時
日付		日付	日付	
血圧 (mmHg) (昇圧剤を使用した場合は記載すること)				
体温 (°C)				
Oxygenation Index (PaO ₂ /FiO ₂)				
Aa-DO ₂				
Hb (g/dl)				
Ht (%)				
CVP (mmHg)				
PCWP (mmHg)				
尿量 (cc/day)				
尿比重				
血清Na値 (mEq/l)				
血清K値 (mEq/l)				
CRP (mg/dl)				
WBC (/mm ³)				

④ 脳神経系の管理

i) 脳圧下降剤

使用薬剤名：

使用日：_____日～_____日

使用量：

ii) 副腎皮質ホルモン

使用薬剤名：

使用日：

使用量：

iii) 抗痙攣剤

使用薬剤名：

使用日：

使用量：

iv) 筋弛緩剤

使用薬剤名：

使用日：

使用量：

v) 鎮静剤

使用薬剤名：

使用日：

使用量：

vi) 過換気療法

PaCO₂： _____ mmHg ～ _____ mmHg

施行日： _____ 日～ _____ 日

vii) バルビツレート療法：有、無

有の場合：使用薬剤名：

施行日： _____ 日～ _____ 日

使用量：

viii) 脳低温療法：有、無

有の場合：施行日： _____ 日～ _____ 日

体温： _____ °C

ix) その他

3) 経過中の画像所見

(経過中に何回も画像診断をした際には本ページをコピーして使用すること。)

(施行年月日：平成_____年_____月_____日、発症後_____時間)

① CTあるいはMRI

i) くも膜下出血： 有、無

有の場合：部位

範囲

Fisher分類：_____

ii) 頭蓋内血腫： 有、無

有の場合：部位

大きさ

正中構造の偏位：_____mm

iii) 脳挫傷：有、無

有の場合：局所的、び慢性

部位

iv) 脳腫脹：有、無

有の場合：脳槽の消失：有、無

脳室の縮小：有、無

正中構造の偏位：_____mm、無

皮髄境界：明瞭、不明瞭

v) その他

vi) 前回検査との比較

CTあるいはMRIの略図

② その他の検査

6. 臨床的脳死診断

本フォーマットの 6. 1),2), 7. 1),2)のコピーを診療録に貼付しておくこと。

1) 前提条件 (確認のため□事項はチェックすること)

- 器質的脳障害により深昏睡及び無呼吸を来している症例
- 原疾患が確実に診断されている症例
- 現在行いうる全ての適切な治療をもってしても回復の可能性が全くないと判断される症例

2) 臨床的脳死診断

①留意事項 (____時間は臨床的脳死診断開始までの時間)

i) 人工呼吸の継続時間

____月____日____時____分 ~ ____月____日____時____分 (____時間)

ii) 深昏睡の持続時間

____月____日____時____分 ~ ____月____日____時____分 (____時間)

iii) 脳死判定に影響し得る薬物効果の除外

薬品名 _____ (投与中止後 ____時間)

_____ (投与中止後 ____時間)

_____ (投与中止後 ____時間)

筋弛緩薬使用の場合、神経刺激装置による判定 (有・無)

iv) 代謝・内分泌障害 (有・無) (脳障害に由来するものを除く)

方法:

結果:

②臨床的脳死診断開始 ____月____日____時____分

③検査所見

検査開始時体温 (測定部位: _____) ____℃

血圧 開始時____/____mmHg 終了時____/____mmHg

検査中の昇圧薬使用 (薬品名: _____) (有・無)

自発運動 (有・無) 除脳硬直・皮質硬直 (有・無) けいれん (有・無)

JCS : _____

瞳孔 : 固定し, 瞳孔径 右 _____ mm 左 _____ mm

脳幹反射

対光反射 (右 : 有・無, 左 : 有・無)

前庭反射 (右 : 有・無, 左 : 有・無)

角膜反射 (右 : 有・無, 左 : 有・無)

咽頭反射 (有・無)

毛様脊髄反射 (右 : 有・無, 左 : 有・無)

咳反射 (有・無)

眼球頭反射 (有・無)

脳波 : _____

聴性脳幹反応 : _____

診断 : _____

* 脳波所見は総合判定の部分を転記すること.

* 聴性脳幹反応 (必須ではない) を行った場合は結果を転記すること.

7. 法的脳死判定

1) 第1回目法的脳死判定

①留意事項

i) 臨床的脳死判定終了 ____月__日__時__分

ii) 第1回目法的脳死判定開始 ____月__日__時__分

i) から ii) までの時間：__時間__分

この間、臨床所見に変化がないことを確認している旨の記述を診療録に記載。

②検査所見 (開始日時：__月__日__時__分, 終了日時：__月__日__時__分)

検査開始時体温 (測定部位：____) ____℃

血圧 開始時____/____mmHg 終了時____/____mmHg

心拍数 開始時____/分 終了時____/分

検査中の昇圧薬使用 (薬品名：____) (有・無)

JCS：____

瞳孔：固定し、瞳孔径 右 ____mm 左 ____mm

脳幹反射

対光反射 (右：有・無, 左：有・無)

前庭反射 (右：有・無, 左：有・無)

角膜反射 (右：有・無, 左：有・無)

咽頭反射 (有・無)

毛様脊髄反射 (右：有・無, 左：有・無)

咳反射 (有・無)

眼球頭反射 (有・無)

脳波：____

聴性脳幹反応：____

無呼吸テスト：____

(開始前) (__分後) (__分後) (__分後) (終了後)

PaCO₂ (mmHg)

PaO₂ (mmHg)

血圧 (mmHg)

SpO₂ (%)

判定：____

* 血圧, 心拍数, SpO₂ (パルスオキシメトリー) については, 血液ガス採血時点の値を記入すること。

- * 終了後とは人工呼吸を再開して10分以内のことで、血圧、SpO₂のみでもよい。特に無呼吸テスト中、低酸素、低血圧がみられたときに、安全にテストが行われたことを示すための記録である。

2) 第2回目法的脳死判定

①留意事項

- i) 第1回法的脳死判定終了 ____月____日 ____時____分
- ii) 第2回法的脳死判定開始 ____月____日 ____時____分
- i) から ii) までの時間: ____時間____分
- iii) 第2回法的脳死判定終了 ____月____日 ____時____分

②検査所見

検査開始時体温 (測定部位: _____) _____°C
血圧 開始時____/____mmHg 終了時____/____mmHg
心拍数 開始時____/分 終了時____/分
検査中の昇圧薬使用 (薬品名: _____) (有・無)

JCS: _____

瞳孔: 固定し, 瞳孔径 右 ____ mm 左 ____ mm

脳幹反射

対光反射 (右: 有・無, 左: 有・無) 前庭反射 (右: 有・無, 左: 有・無)
角膜反射 (右: 有・無, 左: 有・無) 咽頭反射 (有・無)
毛様脊髄反射 (右: 有・無, 左: 有・無) 咳反射 (有・無)
眼球頭反射 (有・無)

脳波: _____

聴性脳幹反応: _____

無呼吸テスト: _____

(開始前) (____分後) (____分後) (____分後) (終了後)

PaCO₂ (mmHg)

PaO₂ (mmHg)

血圧 (mmHg)

SpO₂ (%)

判定: _____

3) 脳死判定記録（確認のため□事項はチェックすること）

①脳死判定医

氏名 _____（専門 _____）

氏名 _____（専門 _____）

氏名 _____（専門 _____）

上記脳死判定医は、指針に示す条件を満たしている。

②脳死判定に関連して提出すべき書類

脳死判定承諾書

脳死判定記録書

脳死判定の的確実施の証明書

③判定医が必要と認める特記事項

8. 脳波所見 (確認のため□事項はチェックすること)

1) 臨床的脳死診断脳波

①脳波検査日時

記録開始時刻 平成____年____月____日____時____分

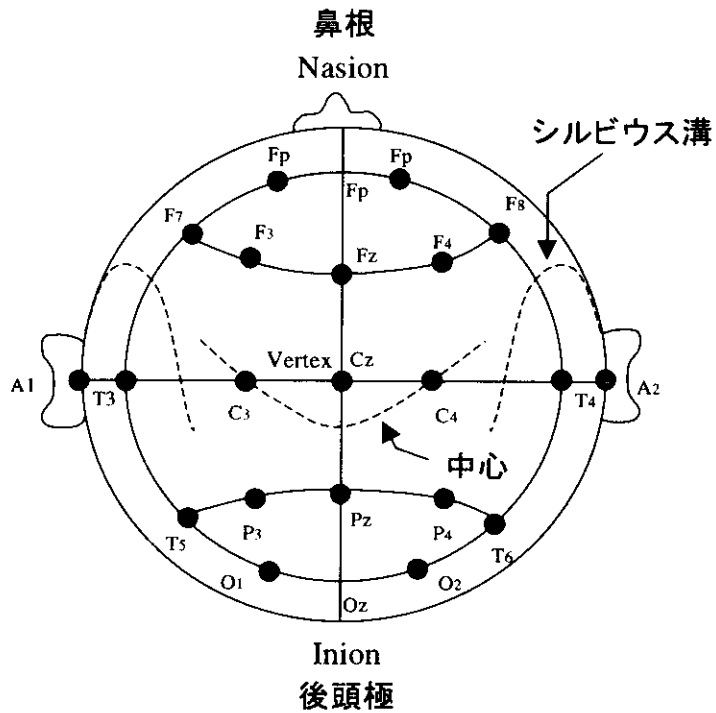
記録終了時刻 平成____年____月____日____時____分

実際に記録した正味時間 _____分

②電極取り付け部位

- Fp1 Fp2 F3 F4 F7 F8 Fz
C3 C4 Cz T3 T4 T5 T6
P3 P4 Pz O1 O2 A1 A2

尚、外傷・手術で変更した場合は下図に記入すること。



③導出 (記載例 C3-A1)

i) 単極導出

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ii) 双極導出

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④記録条件

- 感度 標準感度(10 μ V/mm)及び高感度(2 μ V/mm)記録
- 時定数 0.3秒
- High cut filter OFF 120Hz 60Hz 30Hz
- 交流遮断用filter ON OFF
- 同時記録 心電図(必須)
- 頭部外モニター(前腕内側部・電極間距離7cm以上)
- その他(電極位置 _____)
- その他(電極位置 _____)

⑤校正電圧曲線の記録 (必須事項)

- 標準感度・単極導出記録 記録
- 高感度・単極導出記録 記録
- 標準感度・双極導出記録 記録
- 高感度・双極導出記録 記録

⑥刺激 (必須事項)

- 標準感度・単極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激
- 高感度・単極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激
- 標準感度・双極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激
- 高感度・双極導出記録 呼名刺激及び顔面痛み刺激

⑦アーチファクト

i) 標準感度・単極導出記録

- 体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他
- 具体的内容 _____

ii) 高感度・単極導出記録

- 体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他
- 具体的内容 _____

iii) 標準感度・双極導出記録

- 体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他
- 具体的内容 _____

iv) 高感度・双極導出記録

- 体動 心電図 筋電図 静電・電磁誘導 その他
- 具体的内容 _____

脳波所見記載欄

備考・その他

総合判定 : 平坦脳波 (ECI) 非平坦脳波 判定不能

⑧聴性脳幹反応（施行した場合のみ事項をチェックすること（複数可））

i) 刺激側

- 両耳刺激
 片耳刺激 (左耳刺激 右耳刺激)

ii) 刺激音強度

- 最大音圧刺激 (_____dB) その他 (_____dB)

iii) 電極配置

- Cz-A1
 Cz-A2

iv) 加算回数

_____回

v) 結果（両耳最大音圧刺激を行った場合にはその所見）

- 無反応
 I波のみ
 その他 (_____)