

頭部CT 確認・症状照合シート A4 v2

CTだけで診断・リハ可否を決めず、画像所見を神経症状・経時変化・医師／読影レポートと照合して整理する

患者ID／氏名		記録日		確認者	
CT撮影日時		CT種別	単純／造影／その他	前回画像	あり／なし／不明
読影レポート	確認済／未確認	医師方針	確認済／未確認	関連画像／検査	

1 | 撮影条件・向き

☐ 撮影日時を確認

☐ 単純／造影を確認

☐ 左右表示を確認

☐ スライス／レベルを確認

メモ：

3 | 低吸収域・左右差

☐ 明らかな低吸収域なし

☐ あり／左右差あり

☐ 灰白質・白質境界の不明瞭

☐ 脳溝の左右差

部位・左右／メモ：

5 | 前回CTとの比較

☐ 変化なし

☐ 改善

☐ 悪化

☐ 比較不可

☐ 高／低吸収域の変化

☐ 浮腫・圧排の変化

前回撮影日／比較メモ：

7 | 画像所見と症状の照合

☐ 画像所見と症状を同じ側／領域で照合

☐ 画像だけでは説明しにくい症状を確認

☐ CTで明瞭でなくても臨床変化を優先

照合メモ：

2 | 高吸収域

☐ 明らかな高吸収域なし

☐ あり

部位：

変化：☐ 新規 ☐ 拡大 ☐ 縮小 ☐ 不明

メモ：

4 | 脳室・脳溝・正中偏位

☐ 脳室の左右差／圧排なし

☐ あり

☐ 脳溝消失なし

☐ あり

☐ 正中偏位なし

☐ あり／判断困難

メモ：

6 | 神経症状の変化

意識：☐ 変化なし ☐ 新規／低下

運動・感覚：☐ 変化なし ☐ 新規／増悪

言語・構音・視野・眼球／頭痛・嘔吐・その他：

症状メモ：

8 | 医師・読影レポート確認

☐ 読影レポート確認

☐ 医師方針確認

☐ 新規／増悪所見を相談

☐ 追加画像・再評価方針を確認

相談先・時刻／相談内容・返答：

次に確認すること・申し送りメモ

安全上の注意

・本シートは画像診断や治療判断を代替しません。 ・超急性期の虚血性脳卒中では、単純CTで明瞭な異常が目立たない場合があります。 ・CT所見単独で離床・運動負荷の可否を決めず、神経症状、全身状態、医師方針と合わせて判断します。 ・新規／増悪する神経症状や急変を認めた場合は、介入より医師への報告・相談を優先します。