

《 高次脳機能の状態チェックシート 》

②質問用紙

氏名	性別（男・女）	生年月日	年	月	日
記入者					

《 1. 病歴について 》

① 脳損傷の既往がありますか。（ はい ・ いいえ ）

② 脳損傷の種類は（ 脳外傷、脳卒中、脳炎、その他、 ）

《 2. 下記の質問項目について、回答欄のあてはまる箇所にチェックして下さい 》

障害像	No	質問項目	回答欄		
			全く無い	時々ある	よくある
記憶力	1	数分前のことを忘れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	数日前のことを忘れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	昔のことは覚えているが、新しいことが覚えられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	他の事に注意が向くと、何をしていたかを忘れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	普段の日課を思い出せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	何度も同じ話をしたり、同じことを繰り返し質問する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	作業などで手順が覚えられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	物の置忘れが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注意力	9	複数の事を同時にできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10	回りの音や声に注意が散り易く、物事に集中して取組めない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	同じミスを繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12	落ち着きが無い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13	回りの状況を判断せず、行動してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遂行機能	14	ひとつのことから他のことへ切り替えができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	いったん思い込むとなかなか修正できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16	決まった日課にそって行動できるが、変更には対応ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17	物事の優先順位や段取りがつけられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	人に指示してもらわないと何もできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会的行動	19	思うようにならないと大声をだしたり、暴力や暴言がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20	感情のコントロールがうまくいかない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21	場違いな言動をとったり、状況に適した行動が取れない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22	周りの人となじめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23	自分からは何もしようとしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24	精神的に不安定になりやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (失語、失行、失認)	25	なかなか言葉が思い出せなかったり、言い間違いをする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26	書くことや読むことが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27	見えているのにそれが何という名前か分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28	見えているのに何に使うか分からない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29	知っている人の顔が見分けられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30	今まで使っていた物の使い方が分からなくなってしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31	麻痺した側の手足がないかのようにふるまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
易疲労性	32	すぐに疲労感を訴える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
病識	33	自分が障害をもっていることに対する認識がうまくできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	34	話を自分の都合のいいように解釈する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35	危険な事を行っても、自分では安全だと思っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
見当識	36	今日の日付け、今いる場所がわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
空間認知	37	左側又は右側にある物に気付かずに、ぶつかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	38	食事の際に左側又は右側の品物だけ食べ残す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>