

高次脳機能障害ドリル 共通記録シート (OT)

対象: 注意障害・記憶障害・比較検討 (記憶 vs 遂行)

日付 _____ 担当 _____ 患者ID _____ 病棟/場面 _____

1) 今日の目的 (1つに絞る)

2) ドリル分類 (該当にチェック)

<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害
<input type="checkbox"/> 遂行機能障害	<input type="checkbox"/> 比較 (記憶 vs 遂行)

3) 実施課題 (1-2件)

4) 手がかり量 (口頭・視覚・実演など)

5) 結果 (正答率・遅延後再生・自己修正)

6) 次回調整案 (難易度の上げ下げ)
