

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)

注意障害
 遂行機能障害

記憶障害
 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)
