

高次脳機能障害の OT 評価 5 分フロー記録シート

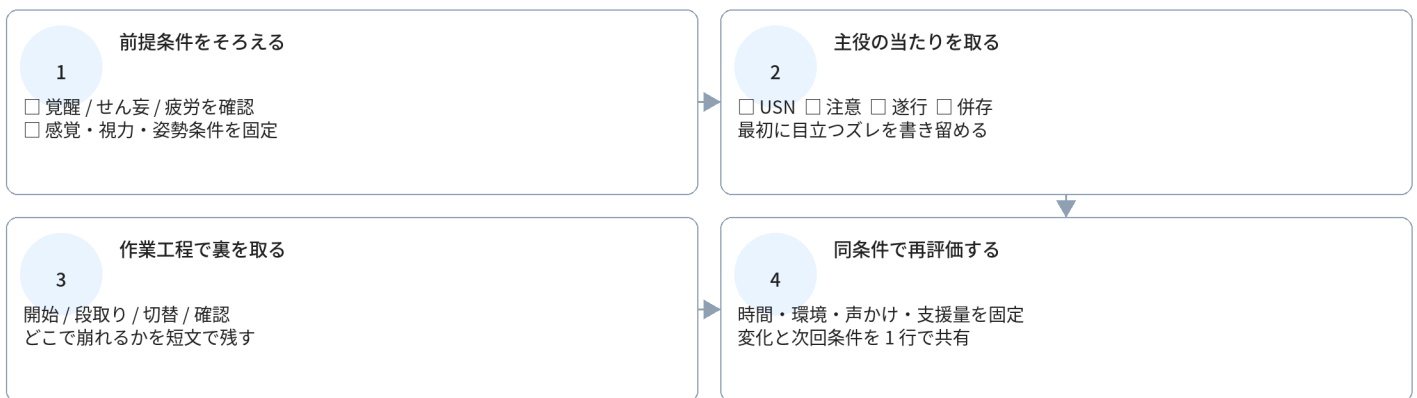
前提条件 → 主役 → 作業工程 → 同条件再評価 の 4 点を 1 枚で整理

患者 ID	評価日
評価者	場所

前提条件 / 固定条件

固定する項目	チェック	メモ
覚醒・せん妄・疲労	<input type="checkbox"/> 覚醒可 <input type="checkbox"/> 変動あり <input type="checkbox"/> 疲労あり	
視力・感覚	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 感覚低下 <input type="checkbox"/> 視野確認	
姿勢・耐久	<input type="checkbox"/> 座位可 <input type="checkbox"/> 体幹支持要 <input type="checkbox"/> 休憩要	
時間・環境・声かけ	<input type="checkbox"/> 午前 / 午後 <input type="checkbox"/> 静環境 <input type="checkbox"/> 1 段階指示	

病棟で回す 5 分フロー



記録の型（そのまま書ける最小セット）

作業場面	
主役候補	<input type="checkbox"/> USN <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 遂行 <input type="checkbox"/> 併存
条件差	
工程のズレ	
支援レベル	<input type="checkbox"/> 指摘で可 <input type="checkbox"/> ヒントで再開 <input type="checkbox"/> 1 段階指示 <input type="checkbox"/> 安全監視
有効だった対応 / 次回条件	

共有 / 次回の再評価メモ
