

# USN 抹消課題 記録シート

A4 縦 / 1 枚完結 / 記録・チェック用

## 基本情報

患者 ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____

## 固定条件 / 評価前確認

固定項目	記入 / チェック
用紙	図形 / 記号 / 数字 総ターゲット数 ( ) 印刷倍率 100%
配置・姿勢	A4 横置き・中央 ずれ ( ) cm 頭部・体幹正中 <input type="checkbox"/>
視距離	35-40 cm 実測 ( ) cm 照明 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 暗い
教示	指定マークだけを、できるだけ早く、すべて消してください
終了基準	本人申告 / 探索停止 3 秒以上 途中介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
補足	使用手 右 / 左 利き手変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

## スコア記録 (最小 3 点 + 所見)

項目	記入	所見 / メモ
左見落とし	/ 総	
右見落とし	/ 総	
左右差 (%)		
探索開始	左 / 右 / 中央	進行:
所要時間	秒	中断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
誤反応	誤抹消 / 二度塗り / 迷い線	
探索パターン		

### 解釈注意 (バイアス)

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 視力 / 視野 | <input type="checkbox"/> 麻痺 / 失調 |
| <input type="checkbox"/> 理解 / 失語 | <input type="checkbox"/> 疲労 / 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 姿勢偏り    | <input type="checkbox"/> 注意低下    |

### 次に行う評価

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 線分二等分  | <input type="checkbox"/> 二重同時刺激 |
| <input type="checkbox"/> 時計描画   | <input type="checkbox"/> CBS    |
| <input type="checkbox"/> ADL 観察 |                                 |

### ADL / ケアへの接続 (必ず 1 つ書く)

ex) 車椅子配置、配膳位置、歩行時の立ち位置 など

### 自由記載 / 次回条件固定

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_