

高次脳機能障害の症状



記入日 年 月 日

発症後（受傷後）に現れた症状に を付けてください

※失語症等、周辺症状も含まます

<input type="checkbox"/> 予定や約束を忘れてしまう	<input type="checkbox"/> 新しいことを憶えられない
<input type="checkbox"/> 日付や時間がわからない	<input type="checkbox"/> 道に迷いやすくなった
<input type="checkbox"/> 左側の物にぶつかることがある	<input type="checkbox"/> 見える範囲が狭くなった
<input type="checkbox"/> 何をしてもすぐに飽きる	<input type="checkbox"/> 探し物が苦手になった
<input type="checkbox"/> 一度にたくさんのができない	<input type="checkbox"/> こだわりが強くなった
<input type="checkbox"/> 集中すると周りのことが見えなくなる	
<input type="checkbox"/> 人ごみや騒がしい場所が苦手になった	
<input type="checkbox"/> 何をするか決められなくなった	<input type="checkbox"/> 計画を立てることが苦手になった
<input type="checkbox"/> 決められた手順を守れない	<input type="checkbox"/> 考えずにパッと行動してしまう
<input type="checkbox"/> 予定通りにいかないとパニックになりやすい	
<input type="checkbox"/> イライラしやすくなった	<input type="checkbox"/> やる気が起こらなくなった
<input type="checkbox"/> お金の管理が苦手になった	<input type="checkbox"/> あればあるだけ食べてしまう
<input type="checkbox"/> 自分でやらずに人任せになることが増えた	<input type="checkbox"/> 疲れやすくなった
<input type="checkbox"/> 誰かに声をかけられないと行動できなくなった	
<input type="checkbox"/> 症状について説明されてもピンとこない	
<input type="checkbox"/> 相手の話を理解することが苦手になった	<input type="checkbox"/> 文字が思い出しにくい
<input type="checkbox"/> 書き誤ることが多い	<input type="checkbox"/> 言いたい言葉がうまく出てこない
<input type="checkbox"/> 文章内容の理解が難しい	
<input type="checkbox"/> 麻痺がないのに道具の扱いが苦手になった	
<input type="checkbox"/> その他（下に内容を書いてください）	
（	

身体症状等



麻 痺	なし・あり	麻痺がある部位
てんかん発作	なし・あり	発作が起きた日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
痛 み	なし・あり	痛みがある部位
その他身体症状について		