

# ○予想される障害

急-1

記入日： 年 月 日 記入者： \_\_\_\_\_

予想される障害へのチェックと具体的な症状の記載をお願いします。

特に、社会的行動障害は詳細なチェックをお願いします。（必要に応じてI-1別紙の行動観察評価表を用いる）

記憶障害： \_\_\_\_\_

注意障害： \_\_\_\_\_

半側空間無視： \_\_\_\_\_

遂行機能障害： \_\_\_\_\_

病識低下： \_\_\_\_\_

社会的行動障害： \_\_\_\_\_

- |   |                                     |   |                                |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| { | <input type="checkbox"/> 感情コントロール低下 | <input type="checkbox"/> 抑制コントロール低下     | <input type="checkbox"/> 固執    |
|   | <input type="checkbox"/> 対人技能拙劣     | <input type="checkbox"/> 抑うつ・意欲低下・発動性低下 | <input type="checkbox"/> 依存・退行 |

フリーコメント・気付いた点

急-1