

脳外傷による精神症状等についての具体的な所見

患者氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

1. 神経心理学的検査（長谷川式、mini-mental state examination、WAIS-R など）を施行されていまして、検査名、検査日、検査結果についてご教示ください。 *検査結果の写を添付してください。

2. 以下のような変化が事故後（症状固定時）にみられたかどうか、○印で囲んで下さい。

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. 物忘れ症状 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| b. 新しいことの学習障害 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| c. 短気、易刺激的、易怒性 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| d. 粘着性、しつこい、こだわり | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| e. 飽きっぽい | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| f. 感情の起伏や変動がはげしく、気分が変わりやすい | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| g. 集中力が低下していて、気が散りやすい | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| h. 感情が爆発的で、ちょっとしたことで切れやすい | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| i. 性的な異常行動・性的羞恥心の欠如 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| j. 発想が幼児的で自己中心的 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| k. 多弁、おしゃべり | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| l. 話がまわりくどく、話の内容が変わりやすい | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| m. 計画的な行動を遂行する能力の障害 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| n. 行動が緩慢、手の動きが不器用 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| o. 複数の作業を並行処理する能力の障害 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| p. 自発性や発動性の低下があり、指示や声かけが必要 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| q. 暴言、暴力行為 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| r. 行動を自発的に抑制する能力の障害 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| s. 服装、おしゃれに無関心あるいは不適切な選択 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| t. 睡眠障害、寝付きが悪い、すぐに目が覚める | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| u. 社会適応性の障害により、友達付き合いが困難 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| v. 人混みの中へ出かけることを嫌う | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |
| w. 妄想・幻覚 | <u>なし、軽度、中等度、高度</u> |

3. 左記2で認められた症状のうち特に著明な症状について具体的にご教示願います。

4. 左記2で認められた症状が社会生活・日常生活に与える影響について具体的にご教示願います。

* たとえば、ほかの人との意思の疎通、問題の解決、作業等の持続、あるいは周囲の人との協調性といった点で生じている問題があれば記入してください。併せて、日常生活において介護を必要としている状況があれば、その範囲や程度についても記入をお願いします。

5. 神経学的所見、およびそれが社会生活・日常生活に与える影響について具体的にご教示願います。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関
診察科名
住 所
電 話
医 師 名

印