

高次脳機能障害 症状チェックリスト Neuropsychological Disorder Rating Scale (NDRS)

- このリストは高次脳機能障害の症状があるかどうかを確認するためのものです。
- 医療機関や福祉施設を利用する際に、現在の症状をチェックしてお持ちいただくと支援の参考になります。

氏名： _____ 性別： 男・女 _____ 年齢： _____ 歳

それぞれの症状について最も近い回答欄にチェックをつけてください

		全くない 時々ある		よくある 常にある	
1-1	昔のことは覚えているが、数時間、数日前のことは覚えていられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	スケジュール管理ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3	何度もやったことがあることでも手順を忘れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-4	作業中に声をかけられると、何をしていたか忘れてしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-5	新しいことが覚えられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-1	集中して作業ができない 音や声に気が散る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-2	1つのことを最後までやり遂げるのが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3	同じミスを繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-4	2つのことを並行して行うことができない 混乱する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-1	こだわりがあり、作業や考えの切り替えができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-2	計画性がなく、優先順位がつけられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-3	思いついたことをいきなり始める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	指示がないと、行動できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		全くない 時々ある		よくある 常にある	
3-5	予期できないことが起こるとパニックになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-1	日常的な活動（着替え、食事、入浴）にも促しを要する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-2	表情が硬く憂鬱そうである	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-3	すぐキれる 怒る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-4	子どもっぽい言動がある 甘える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5	公共でのマナー、対人関係での配慮に欠ける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-1	日中、起きてはいるが、ぼんやりして反応が鈍い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-2	疲れやすく、あくびが多い 姿勢を保てない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-1	日付や自分のいる場所がわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-2	道に迷う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-3	物理的な距離感がつかみにくい 人や物によくぶつかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-4	言葉がすぐに浮かばない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-5	複雑な会話の理解ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

色がついている部分にチェックがついている数

1 記憶 _____ /5
 2 注意・集中 _____ /4
 3 遂行機能 _____ /5
 4 社会的行動 _____ /5
 5 易疲労性 _____ /2
 6 見当識・地誌・言語 _____ /5