

実施日 年 月 日

もの忘れ検診チェック票

氏名

No.	質問項目	点数	合計
1	バスや電車で一人で外出していますか(自家用車も含みます)	はい0, いいえ1	点
2	食料品や日用品の買い物をしていますか	はい0, いいえ1	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい0, いいえ1	
4	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい0, いいえ1	
5	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい1, いいえ0	
6	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった	はい1, いいえ0	
7	怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる(そう言われる)	はい1, いいえ0	
8	ときどき道に迷うことがある	はい1, いいえ0	点
9	物の置き忘れがしばしばあって困る	はい1, いいえ0	
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい1, いいえ0	
11	最近の出来事を思い出せないことがよくある	はい1, いいえ0	



判定結果

①と②に該当した方: 早めにかかりつけ医で詳しい検査を受けてください
 ①に該当した方 : やや認知機能の低下傾向が見られます

もの忘れなどの対策は、早期発見・早期対応が重要です。もの忘れの原因となる病気はいろいろあります。治療することで病気を治したり、症状を改善することができます。

＜受診される際の注意事項について＞

あらかじめ受診日や受診時間について、医療機関へご相談ください。

持参するもの ⇒ ●結果票(本状) ●健康保険証 ※一般診療と同様に、保険診療となります。