

脳の健康チェックリスト (家族記載用)

★質問に当てはまると思ったら○印をつけましょう。
*「以前に比べて」どうなのかで判断してください

| N O | 質 問 | ○印 |
|-----|---|----|
| 1 | 同じことを何度も言ったり、聞いたりする | |
| 2 | 物の名前が出てこなく、「あれ」「これ」という言葉が多くなった | |
| 3 | 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった | |
| 4 | 着替えが面倒になり、身だしなみを構わなくなった | |
| 5 | ささいなことで、怒りっぽくなった | |
| 6 | 新聞やTVの内容を、よく理解できなくなった | |
| 7 | いつもしていたことを、しなくなった 例) 庭いじりをしなくなった、仏壇を拝まなくなった、犬の散歩をしなくなった等 | |
| 8 | 老人クラブに参加したり、友人と話したりなど周囲との交流を避けるようになった | |
| 9 | 自分の失敗を、何かのせいにするようになった | |
| 10 | 置き忘れや、しまい忘れが目立ってきた | |
| 11 | 慣れた所で、道に迷うようになった | |
| 12 | 約束の時間や場所を間違えることが増えた | |
| 13 | 蛇口の締め忘れやガスコンロの火の消し忘れが、目立つようになった | |
| 14 | 夜中に急に起き出して、騒いだことがある | |
| 15 | 薬を飲むのを忘れるようになった | |
| 16 | 財布や通帳など大事な物が盗まれたと言うようになった | |
| 17 | 来ていない「人」や無い「物」を、「居た」とか「見える」とか言うことがある(幻視) | |

※高齢者ご本人以外の方と対応した場合に、記入していただきます。

★ 市町村及び地域包括支援センターに、情報提供することに同意します。 NO _____

平成 年 月 日

住所 _____ (Tel _____)

ご本人氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男 ・ 女 _____

記載者(同意者)氏名 _____ 印 ご本人との続柄 _____

※本チェックリストは、青森県介護予防市町村支援委員会「閉じこもり・認知症・うつ専門部会」において作成しました。