

## 脳健康チェックリスト (本人記載用)

★質問に当てはまると思ったら○印をつけましょう

NO	質問	○印
1	物の名前が出てこなくなった	
2	しまった場所を忘れて、物を捜すことが多くなった	
3	趣味を楽しんだり、好きなテレビ番組を見ることが面倒になった	
4	着替えや身だしなみに気を遣うことが面倒になった	
5	最近のTV番組は難しいものが多くなったと思う	
6	時々「不安」や「焦り」の気持ちが、わいてくることもある	
7	ささいなことに対して、イライラするようになった	
8	昨夜の食事内容を、考えても思い出せない	
9	慣れた道でも、迷ったことがある	
10	蛇口の締め忘れやガス台の火の消し忘れが多くなった	

★ 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 \_\_\_\_\_ )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

※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。