

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

NO	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 _____

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。