

## 認知症スクリーニング用アセスメント項目

※このシートについては、認知症の診断がない場合において、認知症かどうかをスクリーニングする場合の参考として活用して下さい。認知症が疑われる場合はかかりつけ医や専門医などに相談するのが望ましいと思われま  
す。(秋田脳血管センター長田先生からの助言により項目を設定しました)

◆お仕事は何ですか？	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他
◆何歳まで働いていましたか？	歳
◆家族構成を教えてください	
◆日常生活についてお聞かせ下さい	
1. 洗顔や歯磨きをしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
2. 髭そりをしていますか？（男性）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
3. 化粧をしていますか？（女性）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
4. ひとりで着替えていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
5. 自分で季節や気候に合った衣服を選んでいきますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
6. ひとりで入浴しますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
7. ひとりできちんと薬を飲んでいきますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
8. 新聞に目を通しますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
9. テレビのニュースを見ますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
10. テレビドラマを見ていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
11. テレビのスポーツ中継を見ますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
◆家事や外出についてお聞かせ下さい	
12. 朝食の準備をしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
13. 昼食の準備をしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
14. 夕食の準備をしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
15. 室内の掃除をしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
16. 冬には除雪をしていますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
17. ひとりで買い物に出かけますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
18. 自分から床屋や美容院に行きますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
19. 年金や貯金を自分で管理していますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
20. 車（バイク含む）を運転していますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
21. バスや電車を利用して外出しますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
22. ひとりで通院していますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
23. 老人会などの会合に参加していますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
24. グラウンドゴルフなどのスポーツに参加していますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
25. 自分から電話（携帯電話含む）をしますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
26. 親戚や友人宅を訪問しますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
27. 野菜の栽培や庭木の手入れをしますか？	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> していない
◆睡眠状態や気分についてお聞かせください	
28. 以前よりも寒がりになった	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
29. 日中はボーっとして過ごす	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
30. 便秘している	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
31. 夜なかなか眠れない	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
32. 食欲が進まない	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
33. なかなか元気が出ない	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
34. みんなに迷惑をかけているような気がする	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
35. イライラする	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
36. 最近の出来事をなかなか思い出せない	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない
37. 外出することが面倒になった	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> めったにない