

品川区 認知症に関する相談票

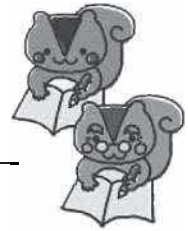
この相談票は、「認知症」が気になり始めた方のために品川区が作成したものです。「認知症」は、早期に適切な対応をすることで、進行を遅らせることが可能な場合もあります。まずはご記入いただいた相談票をお持ちになって、お近くの「在宅介護支援センター」や「医療機関」へご相談にお越しください。(オレンジガイドの13~14ページ参照)

記入日： _____ 年 月 日

記入者氏名： _____

記入者との関係：本人・配偶者・子ども・その他 (_____)

※不明な項目は空白で構いません。



1. 自分でできる認知症の気づきチェックリスト

もっとも当てはまるところに○をつけてください。

	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
①財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1点	2点	3点	4点
②5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	1点	2点	3点	4点
③周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあるとされますか	1点	2点	3点	4点
④今日が何月何日かわからないときがありますか	1点	2点	3点	4点
⑤言おうとしている言葉が、すぐに出てこないときがありますか	1点	2点	3点	4点
	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
⑥貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1点	2点	3点	4点
⑦一人で買い物に行けますか	1点	2点	3点	4点
⑧バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	1点	2点	3点	4点
⑨自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか	1点	2点	3点	4点
⑩電話番号を調べて、電話をかけることができますか	1点	2点	3点	4点

チェックしたら、①～⑩の合計を計算 ➡ 合計点 _____ 点

⇒このチェックリストの結果はあくまでもおおよその目安で医学的診断に代わるものではありません。認知症の診断には医療機関での受診が必要です。**20点以上**の場合は、認知機能や社会生活に支障が出ている可能性があります。お近くの医療機関や相談機関に相談してみましょう。

※身体機能が低下している場合は点数が高くなる可能性があります。

(チェックリストの出典：東京都福祉局高齢者施策推進部在宅支援課『知って安心認知症』(令和8年3月発行))

2. 相談したいこと、困っていることについて記入してください。

3. 困りごとが始まったのはいつ頃からですか。

1 か月以内 ・ 1 か月～半年前 ・ その他 ()

4. ご本人は現在、定期的に通院していますか。

はい ・ いいえ

医療機関名 (受診科)

5. ご本人は現在、定期的に服用している薬はありますか。

はい ・ いいえ

●「はい」を選択した方

⇒薬を飲み忘れることはありますか はい ・ いいえ

●「おくすり手帳」をお持ち頂けると薬の種類が分かります。ない場合はご記入ください。

薬の種類

6. ご本人は、現在、介護保険を申請していますか。

はい ・ いいえ

7. ご本人がかかったことがある病気に○印をつけてください。

頭のけが・脳血管障害 (脳出血・脳梗塞)・脳腫瘍・糖尿病・高血圧

脂質異常症・肝臓病・甲状腺の病気・うつ病・アルコール依存症・がん

その他 ()