

☆ 記憶や行動のチェックシート ☆

記載日 年 月 日

受診者のお名前 _____ (男・女)

(記入者：お名前 _____ 受診者との関係 _____)

1. 下記項目であてはまるものに○をつけてください。

項目	はい	時々	いいえ	備考
1. 年月日がわからない。	2	1	0	
2. 慣れた場所で迷子になる。	2	1	0	
3. 同じことを言ったり、聞くことがある。	2	1	0	
4. 今しようとした事や話そうとした事を忘れる。	2	1	0	
5. 外出が少なく、家に閉じこもりやすい。	2	1	0	
6. 理由もなく、気持ちがあふさぎやすい。	2	1	0	
7. 様々なことに興味や関心が持てない。	2	1	0	
8. 些細なことで怒りっぽくなった。	2	1	0	
9. 電気製品を使いこなせない。	2	1	0	
10. 文章を読んだり、書くことが面倒である。	2	1	0	
11. 電気・水道・ガスを消す(止める)のを忘れる。	2	1	0	
12. 金銭管理・買物ができない。	2	1	0	
13. 小銭で支払しようとしてない。	2	1	0	
14. 自分のもの(財布など)が見当たらないと他人のせいにする。	2	1	0	
15. 実際存在しないものが見えたり聞こえたりする。	2	1	0	
16. 家の整理整頓ができない。	2	1	0	
17. お風呂に入ることが面倒である。	2	1	0	
18. 身だしなみに無関心である。	2	1	0	
19. 衣類を適切に選び、正しく着ることができない。	2	1	0	
20. トイレの失敗がある。	2	1	0	

2. その他 相談したい内容をご記入ください。

☆ ありがとうございました。 ☆