

もの忘れ検診は、認知症を早期に発見して適切な治療につなげることや、予防のきっかけとすることを目的とした検診です。

## 検診の概要

### 対象者

65 歳以上の市民の方(今年度中に 65 歳になられる方を含む)で、認知症と診断を受けていない方

### 自己負担

無料

### 検診間隔

年度に 1 回

### 検診内容

問診による認知機能検査

(注)この検診は認知機能の低下について、簡易的に検査するものであり、認知症の診断を行うものではありません。

### 検診日

月曜日～金曜日

午後 13:30 14:30 14:30

## 受診方法

### 予約

予約をお取りください。

※事前に郵送される別紙「名古屋市もの忘れ検診実施報告票」に必要事項を記載して検診当日持参していただくようお願い致します。

### 受診

保険証を持参してください。

# 別紙

【表面】住所・氏名・性別・生年月日・電話

【裏面】問診 (①～⑳)・記入者氏名・本人との続柄

**\* ご本人様以外の方 (ご家族・介護者の方) に記入していただくようお願いいたします。**

1000

第3号様式

## もの忘れ検診実施報告票 (健康福祉局提出用)

No. \_\_\_\_\_

住所	〒 _____ - _____ - _____ 名古屋市 _____ 区 _____
フリガナ	_____
氏名	_____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳 _____
電話	_____ - _____ - _____
実施年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検診結果

1 今回の検診では、明らかな認知機能の低下はみとめられません。

2 認知機能の低下の可能性がります。

3 認知機能の低下がみとめられます。

4 判定不能 (理由: \_\_\_\_\_)

検査	1	<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点	5	(1) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 (2) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点
	2	(1) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点	6	(1) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点
		(2) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点		(2) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点
		(3) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点		a: <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点
		(4) <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点		b: <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点
	3	<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点	7	c: <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点
	4	<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点	8	<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点
		<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点		<input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 5点
	9	<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 5点		
検査 合計 _____ 点				

特記事項: \_\_\_\_\_

検診実施医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
 検診実施医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 担 当 医 師 名 \_\_\_\_\_

2019.07

\*もの忘れ検診は1年1回です。年度内に2回受けることはできません。

\*検診の結果、精密検査が必要となられた場合、精度管理のため名古屋市より本人様及び医療機関に精密検査の受診状況をお問い合わせすることがあります。

\*当該報告票は名古屋市へ提出され、名古屋市個人情報保護条例に基づき管理されます。

記入者氏名		本人との続柄			
右の該当するところに☑してください。		1点	2点	3点	4点
問診	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。	<input type="checkbox"/> まったくない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある	<input type="checkbox"/> いつもそうだ
	2 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	<input type="checkbox"/> まったくない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある	<input type="checkbox"/> いつもそうだ
	3 自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	<input type="checkbox"/> まったくない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある	<input type="checkbox"/> いつもそうだ
	4 今日何月何日かわからないときがありますか。	<input type="checkbox"/> まったくない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある	<input type="checkbox"/> いつもそうだ
	5 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	<input type="checkbox"/> まったくない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある	<input type="checkbox"/> いつもそうだ
	6 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	<input type="checkbox"/> まったくない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> 頻繁にある	<input type="checkbox"/> いつもそうだ
	7 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	8 一日の計画を自分で立てることができますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	9 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	10 一人で買い物はできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	11 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。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	12 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。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	13 電話をかけることができますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	14 自分で食事の準備はできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	15 自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことはできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	<input type="checkbox"/> あまりできない	<input type="checkbox"/> まったくできない
	16 入浴は一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけを要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 全介助を要する
	17 着替えは一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけを要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 全介助を要する
	18 トイレは一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけを要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 全介助を要する
	19 身だしなみを整えることは一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけを要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 全介助を要する
	20 食事は一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけを要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 全介助を要する
	21 家のなかでの移動は一人でできますか。	<input type="checkbox"/> 問題なくできる	<input type="checkbox"/> 見守りや声かけを要する	<input type="checkbox"/> 一部介助を要する	<input type="checkbox"/> 全介助を要する
問診 合計 _____ 点					