

もの忘れ外来受診に係わるチェックリスト

紹介元医療機関 各位：本票は、MCI・早期認知症、うつ・不安・睡眠障害、行動心理症状を早期に拾い上げ、専門評価の要否と受診先の目安を判断するための簡易チェックです。診断を確定するものではありません。**以前のご本人と比べた変化**を基準に、本人と家族・同居者・身近な方が可能な範囲でご記入ください。

記入日 20__年__月__日 氏名 _____ 年齢 _____

本人記入：□あり □なし 家族等記入：□あり □なし 続柄 _____

確認医師名 _____ 確認日 20__年__月__日

採点：0＝ない／以前と変わらない 1＝少しある／時々ある 2＝明らかにある／増えている ?＝わからない

No.	最近6か月～数年で「以前と比べて」みられる変化	本人 0/1/2/?	家族 0/1/2/?
1	約束、予定、受診日、服薬などを忘れることが増えた		
2	同じ質問・同じ話の繰り返し、確認の増加がある		
3	物の置き忘れ、探し物、紛失が増えた		
4	言葉が出にくい、名前が思い出しにくい、会話の理解が悪くなった		
5	金銭管理、書類手続き、薬の管理、予定管理でミスや援助が増えた		
6	買い物、料理、外出、交通機関、運転など生活上の不安・支障がある		
7	新しい機械・スマートフォン・手順への対応が以前より難しくなった		
8	意欲低下、無関心、趣味・外出・人付き合いの減少が目立つ		
9	不安、心配、抑うつ、涙もろさ、自信低下が増えた		
10	いらいら、怒りっぽさ、こだわり、衝動的な言動が増えた		
11	不眠、昼夜逆転、日中の眠気、夜間行動など睡眠リズムの変化がある		
12	幻視、被害的な発言、現実と違う思い込み、急な混乱がみられる		

本人合計 _____ 点 家族合計 _____ 点 合計 _____ 点

持続期間：□6か月未満 □6か月以上 □不明 経過：□徐々に □急に □変動あり

もの忘れ外来受診に係わるチェックリスト

精査・紹介の目安

以下のいずれかに該当する場合、MCI・早期認知症、抑うつ・不安・睡眠障害、せん妄、神経変性疾患等を念頭に追加評価をご検討ください。

- ・ **専門評価を検討**：家族合計 4 点以上、または本人＋家族合計 6 点以上、または No.1～7 のいずれかが 2 点。
- ・ **早めの専門紹介を推奨**：家族合計 8 点以上、No.5・6・12 のいずれかが 2 点、急な悪化、意識変動、転倒、運転・火の始末・服薬・金銭面の安全リスクがある場合。

診療情報・研究利用に関する確認

本票の内容は診療上の評価に使用します。また、今後の検査精度向上、診療の質改善、研究、学会発表、論文化のために、氏名・生年月日・ID 等の個人を直接特定できる情報を除き、個人が特定されない形で集計・解析して利用する場合があります。研究利用に同意しない場合でも、診療上の不利益はありません。実施にあたっては施設の倫理審査・個人情報保護方針に従います。

☐ 上記の説明を確認し、個人が特定されない形での診療情報の研究・発表利用に同意します。 ☐ 同意しません。

署名

日付

20__年__月__日