

歯科医院での認知症チェックシート

No.	チェック項目	チェック	具体的なエピソード (頻度や起こった時の状況)	
ものわすれ	1	予約日なのに来院しない。 予約日でない日に突然来院する。	<input type="checkbox"/>	
	2	診察券を何度も紛失している。	<input type="checkbox"/>	
	3	保険証を返却したのに、 「返してもらっていない」と言う。	<input type="checkbox"/>	
	4	作ったばかりなのに、 「義歯を無くした、作ってほしい」と言ってきた。	<input type="checkbox"/>	
	5	前回の治療のことを覚えていない。	<input type="checkbox"/>	
	6	お金がなくて治療費が支払えない。	<input type="checkbox"/>	
	7	支払いの際、「財布がない」と長時間かばんの中を探す。	<input type="checkbox"/>	

理解力・判断力	8	症状を言葉でうまく伝えられない。 何が言いたいのか分からない。	<input type="checkbox"/>	
	9	義歯の上下左右がわからない。 義歯をうまく装着できない。	<input type="checkbox"/>	
	10	支払いの際、毎回一万円で支払いをする。	<input type="checkbox"/>	
	11	服装が季節に合わない、着方がおかしい。	<input type="checkbox"/>	

やる気消失・うつ傾向	12	表情がない、または乏しくなった。	<input type="checkbox"/>	
	13	治療が必要なのに受診が滞っている。	<input type="checkbox"/>	
	14	食物残渣やプラークがひどく付着していて、 適切な口腔ケアができていない。	<input type="checkbox"/>	
	15	何日も入浴をしていない異臭が身体からする。	<input type="checkbox"/>	

以下の質問は対象者本人に回答してもらいます。あまり深く考えずに直感で答えてもらって下さい。

16	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
17	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
18	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ

対象者情報

氏名 :
 生年月日 :
 年齢 :
 連絡先 :
 家族構成 : 同居
 配偶者 ()
 子 ()
 その他 ()
 独居
 不明

その他特記事項

情報提供同意 有 無