様式1

下呂式簡易知能評価シート

検査年月日	平成　　年　　月　　日	検　査　者			
氏　　名		生年月日	M T S　　年　　月　　日	年　齢	歳
性　別　　男　・　女	教育年数（年数で記入）　　年	検査場所			

質	問　　事　　項	回　答	得　点
1	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますので、よく覚えておいてください。 ※テスターは3つの言葉を1秒に1つずつ言う。その後いくつ言えたかで得点を与える。 ①電車　②温泉　③かえる	①電車 ②温泉 ③かえる	0　1 0　1 0　1
2	知っている動物の名前をできるだけあげて下さい。 ※時間は1分間で打ち切り、13個を判定ラインとする。また、何個言えたか記録する。	①あげれない ②あげれる （　　）個	0 1
3	右手をあげてください。 左の親指を見せて、右の耳を触ってください。	①できない ②1つできる ③2つできる	0 1 2
4	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。（自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、次のヒントを与え正解であれば1点） ①乗り物　②お湯が沸いている場所　③生き物	①電車 ②温泉 ③かえる	①: 0　1　2 ②: 0　1　2 ③: 0　1　2
合計得点			

判定方法　最高得点は12点。 8点以下を認知症、　9点以上を非認知症とする。

服薬の状況	有	薬剤名　用法等	無

＜自宅･施設等の状況＞　※該当する□に、✓をマークする。

かかりつけ医		通院状況	週　・　月　・　年	回
在宅での状態等	□(1)地域行事へ参加している　□(2)近隣世帯との交流がある □(3)第３者から見た変化がある　□(4)ＢＰＳＤがある □(5)医療依存度の高い身体合併症がある　□(6)経済的な問題がある 特記事項:（1日の主な過ごし方、趣味・好み、主な交友関係、第3者から見た変化など）			
家族等の関わり	□(1)一人暮らし（□①下呂市内に親族　□②県内に親族　□③その他） □(2)同居者あり（□①老々世帯　□②その他の親族等【　　】と同居） □(3)疾患・障害のため支援を要する家族同居者が存在する 特記事項：			
行政の関わり	地域包括支援センターとの関わり（□(1)あり　□(2)なし） 特記事項：（訪問、サロン・健康体操等への参加状況など）			
介護状況	要介護申請	□(1)認定済　□(2)非該当　□(3)未申請　□(4)申請中		
	要介護度	□要支援　１・２　□要介護　１・２・３・４・５		