

練馬区 もの忘れ検診受診者個票

令和5年度

登録日 令和05年09月15日

住所

(担当包括)

フリガナ

(整理番号) R05-*****

氏名

(生年月日)

()歳

本人記入欄	住 所	印字と同じ場合は記入不要	
	電話番号	日中連絡がつく電話番号をお書きください。	
	本人同意	私は、この受診者個票に記載された情報が練馬区に提供されることに同意します。	同意する方はチェックする→ <input checked="" type="checkbox"/>
	【注意】本人同意署名がない場合、検診を受けることはできません。		

自分でできる認知症の気づきチェックリスト(点数)

点

検診実施機関記入欄	テスト	HDS-R /30点	アウトリーチ結果
		MMSE /30点	
	結 果	<input type="checkbox"/> 認知機能障害の疑いはありません。	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続支援に移行 <input type="checkbox"/> 受診支援 <input type="checkbox"/> 生活調整 <input type="checkbox"/> サービス導入 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 軽度認知機能障害の疑いがあります。	
		<input type="checkbox"/> 認知機能障害の疑いがあります。	
	今 後 の 方 針	<input type="checkbox"/> かかりつけ医での経過観察をお続け下さい。 <input type="checkbox"/> 検診医療機関にて経過観察を行います。 <input type="checkbox"/> 専門医療機関への受診をお勧めいたします。	
	かかりつけ医連絡書	<input type="checkbox"/> 発行なし <input type="checkbox"/> 発行あり →宛先()	
その他の説明事項	<input type="checkbox"/> 生活習慣病や認知症予防についてアドバイスを行いました。 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業の利用をお勧めいたします。 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請とサービス利用をお勧めいたします。 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターへの相談をお勧めいたします。 <input type="checkbox"/> その他()		
検診機関および医師名	(名称)	(医師名)	

上記について説明を受けました。

検診日:

署名(代理人の場合は続柄も記入)

(続柄)