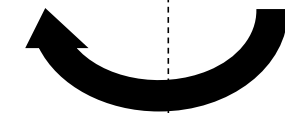


コグニチェックリスト（認知機能低下のリスクチェック）

①各質問に「はい」「いいえ」の当てはまる方に丸印をつけましょう

「この1年間」に転んだ経験がありますか	はい	いいえ
軽い運動・体操や定期的な運動・スポーツをしていますか	はい	いいえ
6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	はい	いいえ
教育・教養番組を視聴していますか	はい	いいえ
ほかの人に比べて記憶力が落ちたと感じますか	はい	いいえ
ビデオやDVDプレーヤーの操作ができますか	はい	いいえ
携帯電話やパソコンのメールができますか	はい	いいえ
これまでやってきたことや興味のあったことの多くを、最近やめてしまいましたか	はい	いいえ
ATMを使うことができますか	はい	いいえ
家族や友人の役に立っていると思いますか	はい	いいえ

②回答を終えたら、
右の点線に沿っており返しましょう（谷折り）



③ 回答を書き
写して結果の
確認をしま
しょう

はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ
はい	いいえ

色付きが

個

最後にこちらを
ご確認ください→

このチェックリストは、愛知県と国立長寿医療研究センターが共同で実施した研究
事業における調査に参加した方の約2年間の認知機能の変化を元に作成しています。

色付きの個所が2つ以上ある場合には

認知機能低下のリスクがありますので、積極的に予防活動に

取り組みましょう！

予防活動の参考になる資料は、別紙をご参照ください。