

令和7年度大田区認知機能検診事業委託（単価契約）実施の手引

（旧大田区もの忘れ検診）

《令和7年度の主な変更点・追加事項について》

令和7年度から旧大田区もの忘れ検診（高齢福祉課）は健康づくり課に事業移管し、「大田区認知機能検診」に改称いたしました。

※前年度から受診者への案内や帳票の使用に変更があるため、表紙記載の主な変更点以外にも、必ず本手引でご確認ください。

項目	変更及び新規事項の概要	頁
対象年齢の変更	対象年齢の変更。 対象年齢：50歳、55歳、60歳、65～85歳	P4
本人への通知	40歳以上の区民に送付している「がん検診等のご案内」にて通知。 対象年齢の方の受診券には「認知機能検診」の記載あり。	P4 別紙1
対象者	大使館職員等の受診資格が無い場合について記載。	P4
使用する帳票の変更	<ul style="list-style-type: none"> 別紙2「大田区認知機能検診受診票」を4枚複写に変更。 「もの忘れ検診集計表」を廃止し、別紙3「大田区がん検診等集計表（3枚複写）」を配布。 別紙4「認知機能検診会場ステッカー」を配布。 「医療機関連絡書」を廃止し、別紙6「精密検査依頼連絡書」を配布。 	P5 別紙 2、3 4、6
実施方法	受診券が確認できない場合について記載。	P6
受診番号の取扱い	令和8年1月以降の区保健システム変更に伴う影響について記載。	P7
受診票の保存期間	当該年度保存から5年保存に変更。	P9
受診票	実施医療機関名の記載のお願い。	P9
表記変更	健康保険証廃止に伴い表記を変更。	P6 P10
集計表・受診表の綴り方	集計表及び受診票のまとめ方についての変更。	P11- 12
検診後の資材返却	検診終了後、検査キットを返却。	P13
その他	文言・レイアウト等の見直し、今年度に合わせて日付・曜日等の修正。	—

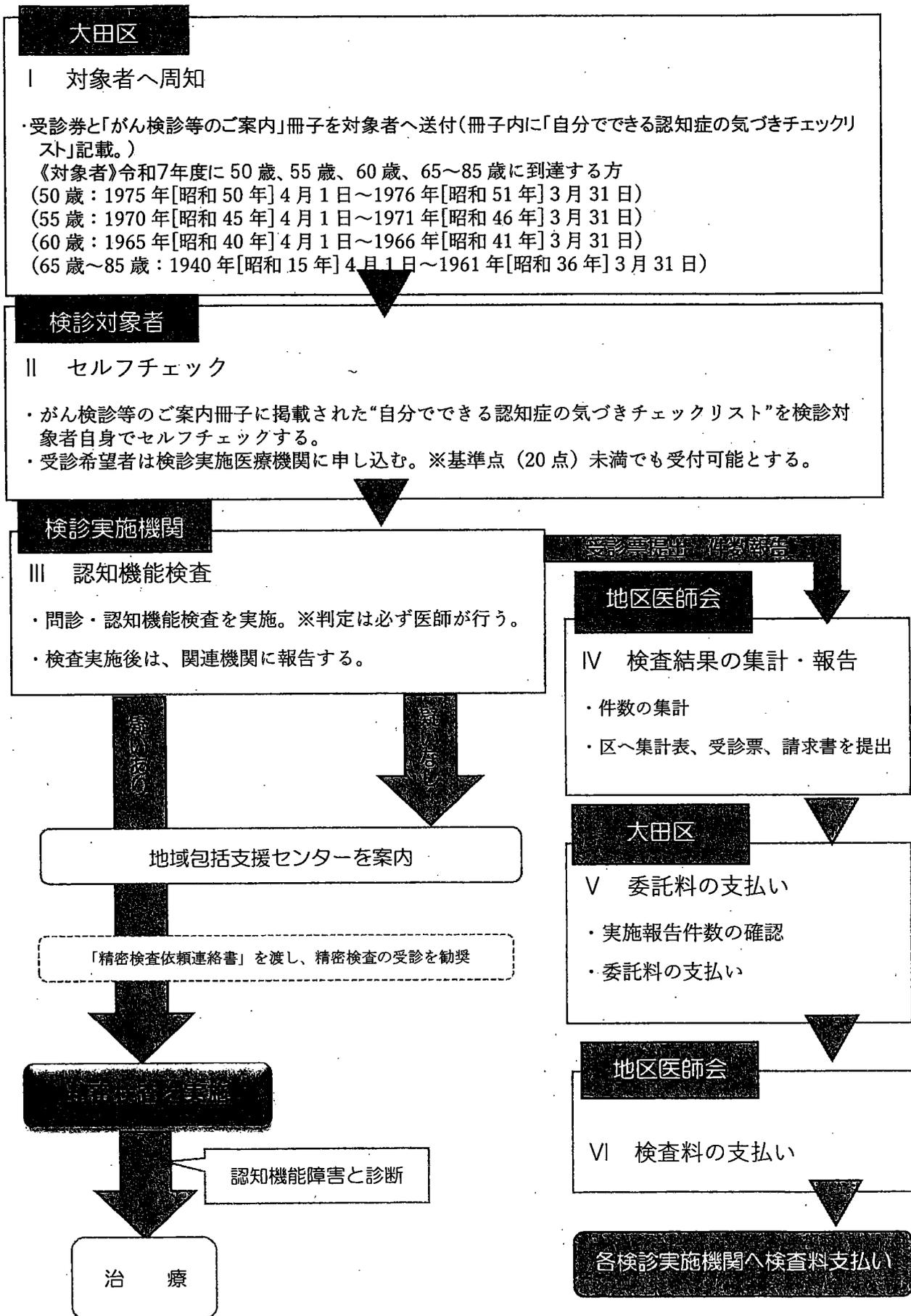
【問合せ先】大田区 健康政策部 健康づくり課 成人保健事業担当 伊藤 亜矢子

〒144-8621 大田区蒲田五丁目13番14号 電話 5744-1265 FAX 5744-1523

目次

表紙<令和7年度の主な変更点・追加事項について>	P 1
目次	P 2
大田区認知機能検診の流れ	P 3
1 対象者	P 4
2 実施期間	P 4
3 自己負担額	P 4
4 検診の予約受付（予約対応をする場合）	P 4
5 本人への通知	P 5
6 医療機関への資料の配布等	P 5～6
7 検診内容	P 6
8 実施方法	P 6
9 検診方法	P 6～7
10 受診票等の記入	P 7～9
11 結果説明及び指導	P 9～10
12 精密検査	P 10
13 検診終了の連絡	P 10～11
14 検診の集計	P 11～12
15 実施報告	P 12～13
16 委託料の支払い	P 13
17 検診後の資材の取扱い	P 13
別紙1 大田区がん検診等受診券・勸奨資材見本	—
別紙2 大田区認知機能検診受診票	—
別紙3 大田区がん検診等集計表	—
別紙4 認知機能検診会場ステッカー（医療機関掲示用）	—
別紙5 検査キット	—
別紙6 精密検査依頼連絡書	—
別紙7 認知症専門医療機関一覧	—
別紙8 地域包括支援センター一覧表	—
別紙9 FAX 連絡票	—

大田区認知機能検診の流れ



No.	事項	内容
1	対象者	<p>1 要件</p> <p>当該年度に 50 歳、55 歳、60 歳及び 65 歳～85 歳に到達する区民（受診日時時点で大田区に住民登録のある方）</p> <p>（50 歳：1975 年〔昭和 50 年〕4 月 1 日～1976 年〔昭和 51 年〕3 月 31 日） （55 歳：1970 年〔昭和 45 年〕4 月 1 日～1971 年〔昭和 46 年〕3 月 31 日） （60 歳：1965 年〔昭和 40 年〕4 月 1 日～1966 年〔昭和 41 年〕3 月 31 日） （65 歳～85 歳：1940 年〔昭和 15 年〕4 月 1 日～1961 年〔昭和 36 年〕3 月 31 日）</p> <p>2 除外要件</p> <p>（1）上記要件以外の方 （2）すでに認知症の診断を受けている方</p> <p>3 注意事項</p> <p>（1）記載の年齢は、令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日までの誕生日に到達する年齢です。</p> <p>※対象者の年齢要件を前年度から変更しております。</p> <p><u>必ず予約・受付時に年齢を確認してください。</u></p> <p>（2）年度内に 1 人 1 回のみ受診可能です。同一年度内に同一医療機関で受診した場合（重複受診）は、2 回目以降のお支払はできませんのでご注意ください。</p> <p>（3）区では 40 歳以上の区民の方に「がん検診等のご案内」を送付します。認知機能検診の対象年齢の方には、案内に含まれる受診券に「認知機能検診」の記載があります。</p> <p>（4）大田区健康診査の受診票を持っている場合でも、大田区に住民登録をしておらず、がん検診の受診資格がない場合もあります。（例：大使館職員等）検診対象者の受診資格は受診券で確認できます。</p>
2	実施期間	令和 7 年 7 月 1 日～令和 8 年 2 月 28 日
3	自己負担額	0 円
4	検診の予約受付（予約対応をする場合）	<p>1 予約受付開始日 令和 7 年 6 月 24 日（火）</p> <p>2 区民への周知</p> <p>区では、区民への通知、ホームページ、区報などによって、以下のとおり案内しています。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>予約受付開始日 令和 7 年 6 月 24 日（火）</p> <p>※予約受付開始日が異なる医療機関もあります。詳細は受診希望の医療機関へお問合せください。</p> </div> <p>◎6 月 24 日より前に予約受付をしないよう、ご協力をお願いします。</p>

5	本人への通知	<p>1 以下の勸奨資材（別紙1参照）を、対象の区民に送付しています。</p> <p>(1) 大田区がん検診受診券（以下、「受診券」と記載。）</p> <p>(2) 大田区がん検診等のご案内（検診の説明や「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を掲載。）</p> <p>(3) 実施医療機関BOOK（71歳以上の方のみ同封）</p> <p>2 区からは、令和7年6月3日以降、順次発送します。</p>
6	医療機関への資料の配布等	<p>検診を実施する医療機関には、医師会を通じて以下の書類を配布します。別紙7、別紙8、別紙9は、必要に応じて複製するなどしてご活用ください。</p> <p>1 令和7年度大田区認知機能検診事業委託（単価契約）実施の手引（本冊子）</p> <p>2 別紙2「大田区認知機能検診受診票」（以下、「受診票」と記載。）</p> <p>(1) 4枚複写（①区提出用 ②検診実施機関控 ③本人控 ④精密検査実施医療機関送付用）</p> <p>④レイアウト・文言を整理し、精密検査実施医療機関送付用を追加しました。</p> <p>(2) 受診票の記入方法については、7～9ページを参照してください。</p> <p>3 別紙3「大田区がん検診等集計表」（以下、「集計表」と記載。）</p> <p>(1) 3枚複写（①医師会控、②区提出用、③医療機関控）</p> <p>(2) 集計及び提出方法は、11～13ページを参照してください。</p> <p>4 別紙4 認知機能検診会場ステッカー（医療機関掲示用）</p> <p>実施医療機関の入口に掲出してください。</p> <p>5 別紙5 検査キット</p> <p>(1) MMSE-J検査用紙一式</p> <p>(2) MMSE-J使用者の手引 1冊</p> <p>6 別紙6「精密検査依頼連絡書」</p> <p>認知機能障害の疑いがあると診断された場合、受診票（③本人控え、④精密検査実施医療機関送付用）とともに、本人に渡してください。</p> <p>7 別紙7 認知症専門医療機関一覧</p> <p>認知機能障害の疑いがあると判定された場合は、専門医療機関をご案内ください。</p> <p>8 別紙8 地域包括支援センター一覧表</p> <p>今後の生活支援に繋げるため、検査後に管轄の地域包括支援センターをご案内ください。</p> <p>9 別紙9 FAX連絡票</p> <p>新たな受診者の受入れができない状態になった時は、医師会事務局に報告してください。詳細は10～11ページを参照してください。</p>

		<p>医師会事務局</p> <p>令和7年6月上旬頃、区職員又は業者より資材を納品します。 実施医療機関への配布をお願いします。</p>
7	検診内容	<p>1 問診</p> <p>2 検診 (MMSE-J)  「MMSE-J 検査用紙」</p>
8	実施方法	<p>1 会場の表示</p> <p>医療機関の入り口に  「認知機能検診会場ステッカー（医療機関掲示用）」を掲示してください。</p> <p>2 予約受付・事前案内</p> <p>受診希望者から申込みを受けた実施医療機関は、実施可能な範囲内で予約を受け付けてください。その際、以下の確認・案内をしてください。</p> <p>(1) 本人への確認</p> <p>ア 対象者の要件・除外要件。</p> <p>イ 他の病院を含めて当該年度は未受診であること。</p> <p>(2) 当日持参するものをご案内ください。</p> <p>ア 「受診券」</p> <p>イ マイナンバーカード等の本人確認書類（ただし、検診外の保険診療が発生する場合、被保険者の資格を証明する書類が必要になります）</p> <p>(3) 受診日を予約・変更する場合は、検診実施期間内をお願いします。</p> <p>3 受付（検診当日）</p> <p>「受診券」及びマイナンバーカード等の本人確認書類により、検診対象者本人であることを確認してください。受診券を持ってきていない場合、大田区健康づくり課（5744-1265）に受診番号を電話で照会してください。なお、受診券は他検診の受診時にも必要なため、確認後は本人に返却してください。</p>
9	検診方法	<p>1 問診</p> <p>問診は、受診票の問診欄に従って聴取し、必要事項を記入してください。本人同意の署名欄は、区から地域包括支援センターへの情報提供に同意いただけた場合、本人に記入してもらうようお願いします。 ※記入漏れや誤りがないよう必ずチェックをお願いします。</p> <p>2 検診</p> <p>(1) 「MMSE-J 使用者の手引」に従って、検査を実施してください。</p> <p>(2) 受診票の必要事項、各問及び合計点を記入してください。</p> <p>3 検診結果</p> <p>検診結果を本人に説明のうえ、必要な指導をしてください。受診票 (③本</p>

		<p>人控え)を本人に渡してください。</p> <p>(1) 認知機能障害の疑いがない場合は、今後の生活支援につなげるため、管轄の地域包括支援センター (別紙8「地域包括支援センター一覧表」参照)をご案内ください。</p> <p>(2) 認知機能障害の疑いがある場合は、専門医療機関 (別紙7「認知症専門医療機関一覧」参照)及び管轄の地域包括支援センター (別紙8「地域包括支援センター一覧表」参照)をご案内ください。他医療機関で精密検査の受診を希望する場合又はかかりつけ医への連絡を希望する場合は、別紙6「精密検査依頼連絡書」及び受診票 (④精密検査実施医療機関送付用)を受診者に渡し、該当の医療機関に提出するようご案内ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>〈認知機能検診外の診療・検査等〉</p> <p>認知機能検診実施によって、認知機能障害の疑いがあると判定した場合、検診外の検査や診療等を必要と判断した場合は、受診者にその内容、理由、費用 (区の検診外で有料となること)を説明してから、専門医療機関をご紹介ください。</p> </div>
10	受診票等の記入	<p>「受診票」と「集計表」は複写用紙のため、ボールペンを使用して、楷書で強くご記入ください。</p> <p>1 受診者記入欄 受診者本人に記入させてください。 ※住所・氏名・生年月日・受診番号等の記入漏れや誤りがないよう必ずチェックをお願いします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>〈受診番号について〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診者が、『受診券』を持参しなかった場合、必ず大田区健康づくり課 (03-5744-1265)に受診番号を照会してください。 ・区のシステム更改の影響により、紛失や区外からの転入などの事情のある方に令和8年1月以降に区が交付した受診券は、受診番号の様式が変わる予定です。該当の対象者の取扱いについては、詳細が決まり次第、別途医師会を通じお知らせします。 </div> <p>2 受診票「本人等の署名」欄について 大田区認知機能検診受診票の「本人等の署名」は、区から地域包括支援センターに受診者の情報を提供することに同意がある場合のみ、受診者に記入していただくようご案内ください。</p>

なお、本人同意の署名欄への記入は、支払にあたっての必須条件ではありません。本人同意が得られず署名がない場合も支払対象として集計します。

3 問診欄

受診者本人が記載し、必ず医師が再確認してください。なお、本人が記入できない場合は、医師が記入しても構いません。

4 医療機関記入欄

以下の事項を記入してください。ゴム印を使用する場合は4枚とも押してください。

(1) 実施医療機関名（電話番号等の記入は任意です。）

(2) 各設問及び合計得点

5 大田区認知機能検診結果

(1) 認知機能障害の疑いがない場合

検診結果をチェックボックスに“レ”で記入してください。

また、管轄の地域包括支援センター（**別紙8**「地域包括支援センター一覧表」参照）を案内し、「地域包括支援センターを案内」のチェックボックスに“レ”を記入してください。

(2) 認知機能障害の疑いがある場合

検診結果をチェックボックスに“レ”で記入してください。

また、管轄の地域包括支援センター（**別紙8**「地域包括支援センター一覧表」参照）を案内し、「地域包括支援センターを案内」のチェックボックスに“レ”を記入してください。また、ア～ウのとおり記入してください。

ア 専門医療機関を紹介した場合

「専門医療機関を紹介した」のチェックボックスに“レ”を記入してください。

また、紹介した専門医療機関名を「紹介先医療機関： 」に記入してください。

イ 自院で精密検査・治療を実施予定の場合

「自院で精密検査実施」のチェックボックスに“レ”を記入してください。

ウ 経過観察、精密検査拒否した場合

「経過観察」または「精密検査拒否」のチェックボックスに“レ”を記入してください。

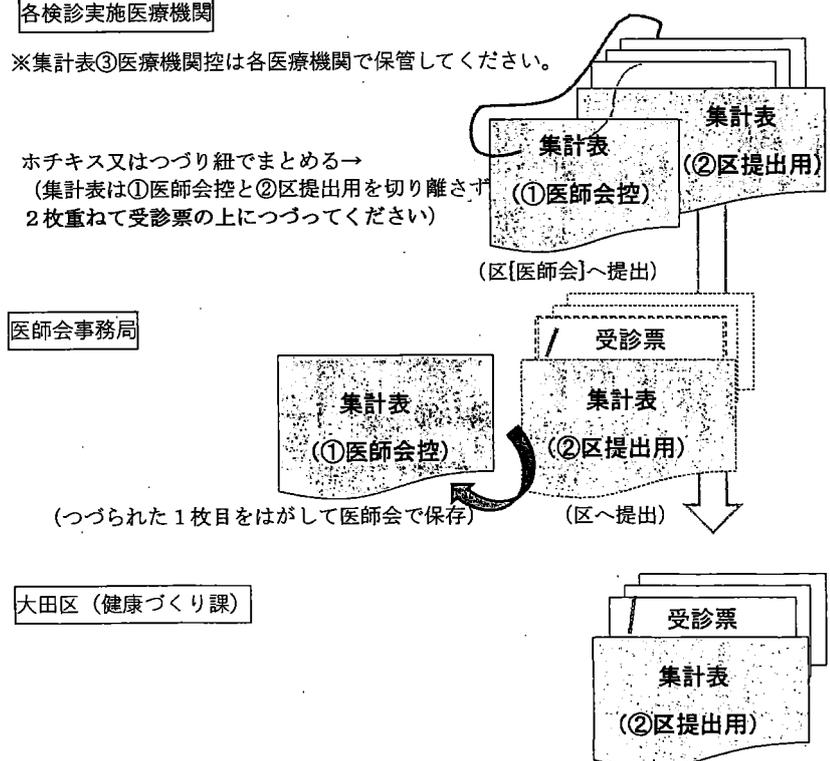
※医師の判断によりカットオフ値と異なる診断をした場合、備考欄にその旨を記入してください。その他、必要に応じ所見を備考欄にご記入ください。

6 受診票の書損じ

書損じがあった場合は、個人情報保護のため、当該受診票を使用しないでください。書損じ分は医師会事務局に返還してください。

		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">医師会事務局</p> <p style="text-align: center;">書損じ分の取りまとめをお願いします。</p> </div> <p>7 受診票等の保存期間</p> <p>受診票（②医療機関控用）・集計表（③医療機関控）は少なくとも5年間保存してください。</p> <p>8 受診票の「実施医療機関欄」をもとに、検診内容の照会をさせていただく場合があります。実施医療機関名を必ず記載してください。</p>
11	結果説明 及び指導	<p>1 原則として、受診票の「③本人控」を交付し、検診結果を説明の上、必要な指導をしてください。</p> <p>2 受診者への案内</p> <p>(1) 『認知機能障害の疑いはありません。』と判定された方</p> <p style="padding-left: 20px;">管轄の地域包括支援センターを案内してください。（別紙4「地域包括支援センター一覧表」参照）</p> <p style="padding-left: 20px;">症状等が出現した場合は、速やかに医療機関を受診するよう指導してください。</p> <p>(2) 『認知機能障害の疑いがあります。』と判定された方</p> <p style="padding-left: 20px;">ア 精密検査・診断を受ける必要があることを明確に伝えて専門医療機関一覧（別紙5 認知症専門医療機関一覧）から受診勧奨を行ってください。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 他の医療機関で精密検査を希望する場合は、下記の書類を受診者に渡し、精密検査医療機関に提出するようご案内ください。</p> <p style="padding-left: 40px;">a. 「受診票（④精密検査実施医療機関送付用）」</p> <p style="padding-left: 40px;">b. 別紙6「精密検査依頼連絡書」（※受診者負担なし）</p> <p style="padding-left: 20px;">ウ 管轄の地域包括支援センターを案内してください。（別紙8「地域包括支援センター一覧表」）</p> <p style="text-align: center;">（次ページ注意事項続く）</p>

		<p>〈注意事項〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精密検査は通常の診療と同様の扱いで保険適用（有料）となることを説明し、マイナ保険証または資格確認書等を持参して受診するようご案内ください。 ・「診療情報提供書（紹介状）」の発行が必要と判断した場合は、受診者へ診療情報提供料（I）の費用負担が別に生じることについて説明し、了承を得た上で発行してください。ただし、診療料（初再診料）は検診の委託料の中に内包されているため請求はせず、診療情報提供料（I）のみを算定し、さらにレセプトの摘要欄にコメントを入れて請求してください（コメント記入例：診療料（初再診料）は検診にて算定済み）。 ・精密検査の受診先は、受診者の希望を尊重し対応してください。
12	精密検査	<p>1 精密検査の勧奨</p> <p>(1) 自院で精密検査を実施した場合 「自院で精密検査実施」に“レ”を記入してください。「①区提出用」を所属する医師会事務局に提出してください。</p> <p>(2) 他医療機関へ精密検査を依頼した場合 「専門医療機関を紹介した」のチェックボックスに“レ”を記入してください。また紹介した専門医療機関名を「紹介先医療機関：」に記入してください。「①区提出用」を所属する医師会事務局に提出してください。</p> <p>別紙6「精密検査依頼連絡書」と受診票（③本人控え）及び受診票（④精密検査実施医療機関送付用）を、本人にお渡しして専門医療機関への受診を勧奨してください。</p>
13	検診終了の連絡	<p>1 実施可能人数に達した場合等の連絡</p> <p>(1) 検診実施期間中に、通常診療の状況等により、新たな受診者の受け入れができない状態になった時は、速やかに「別紙9 FAX連絡票」により医師会事務局に報告してください。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>医師会事務局 連絡を受けた医師会は「FAX連絡票（医師会⇒大田区）」により区に報告してください。</p> </div> <p>(2) 予約制の医療機関においては、受診者数が実施可能人数に達してからではなく、予約受付が実施可能人数に達した時点で、終了の連絡をしてください。</p>

		<p>(3) 終了の連絡があるまでは、区民からの問合せ時や区ホームページにおいて、「受診可能医療機関」として情報提供を続けます。</p> <p>(4) 終了の場合、「認知機能検診会場」のステッカーの掲示を取りやめるか、ステッカーに「受付終了」と明記する等により、区民に受付が終了していることが分かるようにしてください。</p> <p>2 区ホームページへの終了情報の掲載</p> <p>実施医療機関名簿は、区ホームページに掲載しています。実施可能人数に達し、終了の連絡があった場合は、実施中の印「●」を終了の印「-」に変更して掲載します。</p>
14	検診の集計	<p>別紙「大田区がん検診等集計表」作成について</p> <p>1 記載方法</p> <p>記載例を参照の上、提出回ごとに集計表1組（3枚複写）を医療機関で作成してください。（提出時期は12ページを参照してください）</p> <p>(1) 左上の所属医師会に「レ」をつけ、医療機関名・電話番号を記載してください。</p> <p>(2) 医療機関コードは、処方せん発行医療機関コード10桁（都道府県番号2桁+点数表番号1桁+医療機関コード7桁）を記入してください。ゴム印等をご利用の場合は3枚複写に漏れなく押してください。</p> <p>(3) 右上の提出回・検診種類に「レ」をつけ、提出件数を記入してください。</p> <p>(4) 認知機能検診の欄に提出件数を記入してください。</p> <p>《提出イメージ》</p> <p>各検診実施医療機関</p> <p>※集計表③医療機関控は各医療機関で保管してください。</p> <p>ホチキス又はつづり紐でまとめる→ (集計表は①医師会控と②区提出用を切り離さず2枚重ねて受診票の上につづってください)</p>  <p>医師会事務局</p> <p>大田区（健康づくり課）</p>

〈受診票と集計表のまとめ方〉

- ・集計表の「①医師会控」「②区提出用」の後ろに、受診日順に並べた受診票の「①区提出用」を、ホチキスまたはつづり紐でまとめてください。
- ・※提出漏れのないようご注意ください。
- ・集計表は、記入漏れや件数誤りがないか確認をお願いします。

15 実施報告

受診票・大田区がん検診等集計表の提出

- 1 下表の提出期限を厳守し、医師会事務局へ以下の書類を提出してください。
 - ・「受診票（①区提出用）」
 - ・「集計表（①医師会控、②区提出用）」
- 2 集計にあたっては、各受診票の内容と集計表の件数に誤りがないかをご確認ください。
- 3 受診票・集計表のまとめ方は11～12ページを参照してください。
- 4 契約による委託料は、下表のとおり3回に分けてご請求ください。
 ※必ず実施年度内の3回の提出回に分けて提出してください。第1回・第2回の提出に間に合わない受診票があった場合、同年度の後の回（2回・3回）の集計に含めて構いません。
- 5 集計表は、委託料請求の添付資料となります

請求提出回	検診実施月	提出期限 (医療機関⇒医師会)
第1回	7月	令和7年10月15日
	8月	
	9月	
第2回	10月	令和8年1月15日
	11月	
	12月	
第3回	1月	令和8年3月13日
	2月	

		<p>医師会事務局 提出書類・提出期限（医師会⇒大田区）</p> <p>各提出回の期間終了後、30日以内（第3回分については3月末日まで）に下記書類を区へ提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「受診票（①区提出用）」 ・「集計表（②区提出用）」 ・請求書及び医療機関別内訳書 <p>※「集計表（①医師会控）」は医師会で保管してください。</p> <p>※ 記入漏れ・誤記・集計漏れ・集計誤りのないことをご確認ください。</p> <p>※医療機関別内訳書は、書面での提出と併せ、エクセルデータ形式でメールでもご提出いただくようご協力をお願いします。</p>		
16	委託料の支払い	<p>1 令和7年度 大田区認知機能検診単価 《検診料》</p> <table border="1" data-bbox="625 1012 986 1124"> <tr> <td>金額（1件あたり）</td> </tr> <tr> <td>4,400 円</td> </tr> </table> <p>2 件数相違・重複受診等への対応</p> <p>(1) 提出された受診票をもとに検診委託料の確認を行います。</p> <p>(2) 年度内に同一医療機関で複数回受診した場合（重複受診）は、2回目以降の委託料のお支払いはできませんのでご注意ください（管理データにより重複受診のチェックを実施します）。</p> <p>なお、別々の医療機関で複数回受診した場合には、医療機関における把握が困難なため、支払対象とします。</p> <div data-bbox="533 1491 1318 1621" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>医師会事務局 実施件数に基づき、各医療機関へ検診料をお支払いください。</p> </div>	金額（1件あたり）	4,400 円
金額（1件あたり）				
4,400 円				
17	検診後の資材の取扱い	<p>検診終了後、未使用の検査キット（MMSE-J 検査用紙一式、MMSE-J 使用者の手引）は3回目の受診票提出とともに、医師会に返却してください。</p> <div data-bbox="542 1823 1324 2056" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;"> <p>医師会事務局 回収した検査キットを3回目の受診票提出とともに、区に返還してください。</p> </div>		



医療機関自由使用欄

①区提出用

令和7年度大田区認知機能検診受診票

<受診者記入欄> (太枠の中をご記入ください)

受診番号		受診日	令和 年 月 日
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
住所	〒 大田区		
電話番号	()	チェックリストの点数	点・未実施・不明
今後の生活支援につなげるため、診断結果を区から地域包括支援センターから問合せをすることがあります。このことに関しましては、 令和 年 月 日 本人等の署名			

この欄に記載する情報は、個人情報保護の観点から慎重に扱われます。また、診断結果は適切な生活支援につなげるため、地域包括支援センターへ情報提供させていただきます。詳細は実施医療機関にお問い合わせください。

問診票 該当する欄に☑

1 困った時に支援してくれる人はいますか。
 2 現在、治療中の疾患はありますか。
 3 現在、飲んでいる薬はありますか。
 4 治療したことのある疾患はありますか。
 5 現在、タバコを吸っていますか。
 6 現在、お酒を飲みますか。

本人が実施した「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の点数を記載します。未実施・不明の場合は該当の選択肢を○で囲んでください。

高血圧 脳卒中 糖尿病 なし
 喫煙 今は吸っていない 吸わない
 飲む 今は飲んでいない 飲まない
 6で「飲む」と回答した方のお酒の頻度
 毎日 週5~6日 週3~4日
 週1~2日 週1日未満

問診票に保存され、業務に活用されます。また、診断結果は適切な生活支援につなげるため、地域包括支援センターへ情報提供させていただきます。詳細は実施医療機関にお問い合わせください。

<医療機関記入欄> ※ゴム印使用時は4枚とも押印してください。

検査方法: Mini Mental State Examination-Japanese (MMSE-J)

問1	0	1	問11	0	1	問21	0	1
問2	0	1	問12	0	1	問22	0	1
問3	0	1	問13	0	1	問23	0	1
問4	0	1	問14	0	1	問24	0	1
問5	0	1	問15	0	1	問25	0	1
問6	0	1	問16	0	1	問26	0	1
問7	0	1	問17	0	1	問27	0	1
問8	0	1	問18	0	1	問28	0	1
問9	0	1	問19	0	1	問29	0	1
問10	0	1	問20	0	1	問30	0	1
合計得点 点								

大田区認知機能検診結果

認知機能障害の疑いはありません。 → 地域包括支援センターを案内
 認知機能障害の疑いがあります。精密検査をお受けください。
 → 専門医療機関を紹介した (紹介先医療機関:)
 自院で精密検査実施 経過観察 精密検査拒否
 地域包括支援センターを案内

<備考欄> [実施医療機関]

※実施医療機関欄に基づき、検診内容の照会をさせていただきます場合があります。必ず実施医療機関名を記載してください。(電話番号等の記載は任意です。)

令和7年度 大田区

認知機能検診 会場

対象者 区内在住の50・55・60・65～85歳の方

令和7年7月1日～令和8年2月28日

〔診療時間内〕

無料



記録用紙

精神状態短時間検査-改訂日本版

Mini Mental State Examination-Japanese (MMSE-J)

氏名	性別	年齢	職業	教育年数	年
検査日	年	月	日		

精神状態短時間検査

Mini Mental State Examination-Japanese

改訂日本版



使用者の手引

原著者

Marshall F. Folstein, MD

Susan E. Folstein, MD

Paul R. McHugh, MD

Gary Fanjiang, MD

日本版訳者

杉下 守弘

(保健学博士・医学博士)

株式会社 日本文化科学社
www.nichibun.co.jp

大田区認知機能検診 精密検査依頼連絡書

精密検査医療機関 様	令和 年 月 日		
	所属医師会名	大森	田岡調布
依頼医療機関(一次検診実施医療機関用)			
TEL ()			

フリガナ		男・女	生年月日	昭和 年 月 日
氏名				(歳)
住所	〒 -	電話番号	()	
一次検査実施日	令和 年 月 日	MMSE-J の点数	点	

要精密検査となった方へ

大田区認知機能検診の結果、詳細な検査が必要と判定されました。こちらの「大田区認知機能検診 精密検査依頼連絡書」、「大田区認知機能検診受診票 ④精密検査実施医療機関送付用」、マイナ保険証または資格確認書等をもって、精密検査を受診してください。

※精密検査は保険診療(有料)となります。

精密検査医療機関御中

大田区では、区内医師会の協力により、認知機能検診を実施しています。

上記の方は、MMSE-Jを用いた検診で「認知機能障害の疑いあり」として精密検査が必要と判断しました。ご多忙中誠に恐れ入りますが、ご高診くださいますようお願いいたします。

なお、精密検査により認知症と診断された方に他疾患治療のかかりつけ医等がある場合、診断結果の情報提供等にご協力賜りますようお願い申し上げます。

大田区健康政策部 健康づくり課 成人保健事業担当
〒144-8621 東京都大田区蒲田五丁目13番14号
電話 03(5744)1265 FAX 03(5744)1523

令和7年度認知症専門医療機関一覧

別紙7

【2次医療機関】 認知症の重症度を問わず診断・治療・投薬を行う医療機関

所属	医療機関名	所在地	電話
大森医師会	くどうちあき脳神経外科クリニック	大森北1-23-10	5767-0226
	眞田クリニック	池上6-9-6	3755-1661
	せき山王クリニック	山王1-4-6 2F	6303-8161
	東邦大学医療センター大森病院脳神経内科	大森西6-11-1	3762-4151
	清木クリニック	中央6-25-15	5747-2288
蒲田医師会	京浜病院	大森南1-14-13	3741-6721
	あらい内科・脳神経クリニック	東糀谷1-14-15	5736-1091
	内科・心療内科クリニック花	西糀谷4-13-10	5737-7770
	みうら健内科クリニック	東六郷1-26-13	3736-4136
	難波メディカルクリニック	下丸子2-13-4	5741-3717
	メカマクリニック下丸子院	下丸子3-22-13	3758-2356
	本多病院	東矢口1-17-15	3732-2331
	牧田総合病院	西蒲田8-20-1	6428-7500
	あさもとクリニック	蒲田3-18-12	5480-9633
	東京メモリークリニック蒲田	蒲田本町2-4-2	6715-7873
矢口渡脳神経クリニック	多摩川1-20-4	3757-7575	
田園調布医師会	クリニックDo田園調布	田園調布3-40-4	5755-5070
	今井医院	北嶺町30-13 市瀬ビル102	6421-8081
	青木医院	久が原2-12-10	5748-1216
	染川医院	久が原5-11-10	3751-7254
	おぎわら医院	鶴の木2-7-5	3750-5670
	うえの内科外科医院	仲池上1-10-3 ラシーヌ201	5748-7144
	伴野内科クリニック	久が原3-36-13-1F	5747-1188
	久が原ファミリークリニック	久が原5-14-14 1F	5747-2802
	山王リハビリ・クリニック	東雪谷3-4-2	5754-2672
	富田医院	北千束2-48-9	3729-2222
	竹内内科小児科医院	田園調布本町40-12-201	3721-5222

地域包括支援センター 一覧

●窓口開放時間 月～金曜日 午前9時～午後7時 ・土曜日 午前9時～午後5時
 (日曜日・休日、12月29日～1月3日は窓口業務を行っていません)

令和7年4月1日現在

お住まいの地域		地域包括支援センター			
特別出張所	担当地域	名称	所在地	電話番号	FAX番号
大森西	大森西1～7丁目	大森	大森西2-16-2 区民活動支援施設大森[こらぼ大森]内	5753-6331	5753-6332
	大森中1丁目1～21、2丁目1～12・19～24、3丁目1～5・9～36、大森東1～3丁目、大森本町1丁目9～11、2丁目及び平和の森公園	平和島	大森東1-31-3-105 大森東地域センター内	5767-1875	5767-1876
入新井	特別出張所管内	入新井	大森北4-6-7 大森北四丁目複合施設2階	3762-4689	3762-7465
馬込	北馬込1～2丁目、中馬込1～3丁目、西馬込1～2丁目、東馬込1丁目1～32、南馬込1丁目1～4・6・7	馬込	中馬込1-19-1-101	5709-8011	5709-8014
	山王4丁目11～20、東馬込1丁目33～50、東馬込2丁目、南馬込1丁目5・8～60、南馬込2～5丁目及び馬込特別出張所管内の南馬込6丁目	南馬込	南馬込3-13-12	6429-7651	6429-7652
池上	特別出張所管内	徳持	池上7-10-5	5748-7202	5748-7232
新井宿	山王3丁目、山王4丁目1～10・21～33、中央1～4丁目	新井宿 (大森医師会)	中央1-21-6 新井宿特別出張所2階	3772-2415	3772-2472
嶺町	特別出張所管内	嶺町	田園調布本町7-1 嶺町特別出張所2階	5483-7477	5483-7488
田園調布	特別出張所管内	田園調布	田園調布1-30-1 田園調布特別出張所2階	3721-1572	5755-5707
鶉の木	特別出張所管内	たまがわ	下丸子4-23-1 特別養護老人ホームたまがわ内	5732-1026	5732-1027
久が原	特別出張所管内	久が原	仲池上2-24-8 特別養護老人ホーム池上となり	5700-5861	5700-5841
雪谷	特別出張所管内	上池台	上池台5-7-1 特別養護老人ホーム好日苑内	3748-6138	3748-6139
千束	特別出張所管内	千束 (田園調布医師会)	北千束2-35-8 千束特別出張所内	3728-6673	3728-6735
六郷	南六郷1～3丁目、東六郷1～3丁目、仲六郷1～4丁目、南蒲田2丁目23・28～30	六郷	仲六郷2-44-11 六郷地域力推進センター2階	5744-7770	5744-7780
	西六郷1～4丁目	西六郷	西六郷3-1-7 プラウドシティ大田六郷1階	6424-9711	6424-9661
矢口	特別出張所管内	やぐち	矢口1-23-12 特別養護老人ホームゴールデン鶴亀ホーム内	5741-3388	3758-4411
蒲田西	多摩川1丁目8～10番、11番1～8号、12～14番、西蒲田1～8丁目、東矢口1丁目、東矢口2丁目1～17番	西蒲田	西蒲田7-49-2 社会福祉センター7階	5480-2502	5480-2503
	新蒲田1～3丁目、多摩川1丁目1～7番、11番9～20号、15～36番、多摩川2丁目、東矢口2丁目18～20番、東矢口3丁目	新蒲田	新蒲田1-18-16 新蒲田一丁目複合施設3階	6715-9731	6715-9732
蒲田東	東蒲田1～2丁目、蒲田1～3丁目、5丁目	蒲田	蒲田2-8-8 特別養護老人ホーム蒲田内	5710-0951	5710-0953
	南蒲田1・3丁目、南蒲田2丁目1～22・24～27、蒲田本町1～2丁目、蒲田4丁目及び蒲田東特別出張所管内の西糀谷1丁目	蒲田東	蒲田5-37-1 ニッセイアロマスクエア1階	5714-0888	5714-0880
大森東	特別出張所管内	大森東	大森南4-9-1 大森東特別出張所2階	6423-8300	6423-8350
糀谷	特別出張所管内	糀谷	東糀谷1-19-21 東糀谷老人いこいの家内	3741-8861	3741-8867
羽田	特別出張所管内	羽田	羽田1-18-13 羽田地域力推進センター2階	3745-7855	3745-7032

お問い合わせ先がご不明な方は、右記にご連絡を 福祉部 高齢福祉課 電話 5744-1250

