

基本情報							Top Q チェック項目				観察項目			MMSE
日付	氏名	年齢	性別	認知症の診断	抗認知症薬の有無	時事・計算・誕生日 一つでもできなければ× 全てできた時のみ○ (できなかった項目を記載)	キツネ	ハト	総合点 ×の合計	振り向き徴候	ハンドパレー	回内回外	実施した場合のみ ご記入下さい。 サポート医、2次・3 次紹介先施設は是非 実施を願います。	
例① → 5/12	T・O	78	Ⓜ F	あり なし	あり なし	×(足し算)	○	×	2	あり なし	あり なし	不可 可	18	
例② → 5/12	C・K	85	Ⓜ F	あり なし	あり なし	○	○	○	0	あり なし	あり なし	不可 可	/	
例③ → 5/12	H・O	80	Ⓜ Ⓧ	あり なし	あり なし	×(誕生日)	×	×	3	あり なし	あり なし	不可 可	4	
1	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
2	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
3	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
4	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
5	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
6	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
7	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
8	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
9	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
10	/		Ⓜ F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		

基本情報							Top Q チェック項目				観察項目			MMSE
日付	氏名	年齢	性別	認知症の診断	抗認知症薬の有無	時事計算・誕生日 一つでもできなければ× 全てできた時のみ○ (できなかった項目を記載)	キツネ	ハト	総合点 ×の合計	振り向き徴候	ハンドバレー	回内回外	実施した場合のみ ご記入下さい。 サポート医、2次・3 次紹介先施設は是非 実施をお願いします。	
例① → 5/12	T・O	78	Ⓜ F	あり なし	あり なし	×(足し算)	○	×	2	あり なし	あり なし	不可 可	18	
例② → 5/12	C・K	85	Ⓜ F	あり なし	あり なし	○	○	○	0	あり なし	あり なし	不可 可	/	
例③ → 5/12	H・O	80	M Ⓧ	あり なし	あり なし	×(誕生日)	×	×	3	あり なし	あり なし	不可 可		4
1	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
2	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
3	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
4	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
5	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
6	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
7	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
8	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
9	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		
10	/		M F	あり なし	あり なし					あり なし	あり なし	不可 可		