

脳年齢リスク 問診票 (©Daniel G. Amen et al, 2012)

ID _____ 氏名 _____ 様 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご年齢. _____ 歳

以下の質問に答えて下さい。もし当てはまれば、下線の上に○印を記入して下さい。

(当てはまらなければ空欄のまま、分からなければ「？」とご記入ください。)

1. ___ (3.5) 家族にアルツハイマー型認知症又は他の認知症の病気を持つ者が一人だけいる。
2. ___ (7.5) 家族にアルツハイマー型認知症又は他の認知症の病気を持つ者が二人以上いる。
3. ___ (2.0) 数分間以上の意識消失を伴う頭部外傷を一度だけ経験したことがある。
4. ___ (2.0) 意識消失を伴わない頭部外傷を何回か経験したことがある。
5. ___ (4.4) 以前または現在、アルコール依存または薬物依存がある (又は、あった)
6. ___ (2.0) 以前または現在、医師にうつ病と診断を受けている (又は、受けた事があった)
7. ___ (10) 脳梗塞の経験がある。
8. ___ (2.5) 狭心症または心筋梗塞の経験がある。
9. ___ (2.1) 脂質異常症がある。
10. ___ (2.3) 高血圧がある。
11. ___ (3.4) 糖尿病がある。
12. ___ (3.0) ガン、又はガンの治療の経験がある。
13. ___ (1.5) 過去および現在、てんかん発作の経験がある。
14. ___ (2.0) 運動不足である (週2回未満、又は、1回30分未満)
15. ___ (2.0) 高校中退、又は中卒である。
16. ___ (2.0) 知識やスキルアップを求められない単純労働を何度か経験した。
17. ___ (2.3) 10年以上、喫煙をしている (又は、していた)
18. ___ (2.5) アポロタン E4 の遺伝子を1つ持っている (もし、知っていれば)
19. ___ (5.0) アポロタン E4 の遺伝子を2つ持っている (もし、知っていれば)
20. ___ (38) 85歳以上である。

以上の○印がついた項目のカッコ内の合計を足し算して下さい。

合計 _____ 点