

환자 이름: _____

날짜: _____



1 – 환자 검사

환자에게 각 문항을 한번씩 읽어준다.

회상 능력 검사를 위한 이름과 주소

제가 이름과 주소를 불러 드리겠습니다. 들은 대로 따라서 말씀하시고 잘 기억해 주세요. 몇 분 후에 이름과 주소를 다시 묻겠습니다: 경주시 서면 42번지 김 철수. (최대 4번까지 시도할 수 있습니다.)

시간 오리엔테이션

1. 오늘은 몇 일입니까? (정확하게 대답한 경우에만 점수 부여)

정답

오답

시계 그리기

2. 시계의 시간을 모두 그려주세요 (시간 간격이 일정해야 합니다. 예를 들어, 12, 3, 6, 9 를 적절한 위치에 그려야 합니다)

3. 11시 10분을 가리키도록 시계 바늘을 그려 넣으세요

Information

4. 최근에 뉴스에서 본 소식에 대해 알려주세요?
(최근 = 지난 주. “전쟁”, “폭우” 등과 같은 일반적인 답을 주는 경우 더 자세한 내용에 대해 질문합니다. 자세한 답변만 득점)

Recall

5. 조금 전에 기억하라고 한 이름과 주소가 무엇인가요?

경주시

서면

42번지

김

철수

이 영역에서의 점수는:

/ 9

- 9** 특정한 인지기능 장애가 관찰되지 않습니다.
더 이상의 검사가 필요하지 않습니다. 12 개월 후 재 평가하시면 됩니다.
- 5 – 8** 더 많은 정보를 요합니다
2단계를 진행하세요, 보호자 면담
- 0 – 4** 인지 장애가 관찰됩니다
권고되는 기준검토를 참조하십시오

환자 이름: _____

날짜: _____



2 - 보호자 면담

정보 제공자의 이름: _____

어떻게 환자는 5 ~ 10 년 전에 비교된다:

	네	아니오	일 부분 다	아 없 음
1. 어르신께서 최근에 일어난 일들을 기억하는데 문제가 더 많아졌습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 어르신께서 대화 내용을 며칠 후에 기억하는데 문제가 더 많아졌습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 어르신께서 대화를 할 때 적절한 단어를 떠올리기를 더 힘들어 하거나, 잘못된 단어를 사용하는 일이 더 잦아졌습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 어르신께서 돈을 다루거나 재정적인 문제 (공과금 납부, 생활비 계획하기)를 처리하는 능력이 더 나빠졌습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 어르신께서 도움 없이 혼자서 약을 챙겨 먹는 능력이 더 나빠졌습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 어르신께서 교통수단(자가용이나 대중교통)을 이용하는데 더 많은 도움이 필요하게 되었습니까? (만약 어르신이 관절염과 같은 신체적인 문제만으로 교통수단을 이용하는데 도움이 필요하다면 "아니오"에 체크하십시오)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이 영역에서의 점수는:				<input type="text" value=""/> / 6

- 4 - 6** 특정한 인지기능 장애가 관찰되지 않습니다.
더 이상의 검사가 필요하지 않습니다. 12 개월 후 재 평가하시면 됩니다.
- 0 - 3** 인지 장애가 관찰됩니다
권고되는 기준검토를 참조하십시오