

※ 표기는 검정색 펜으로 체크 칸( ☐ )안에 진하고 정확하게 합니다. (예: ☒ , ☒ , ☒ 모두가능)

성명

생년월일

연락처

**노인평가 관련 문항 (66세, 70세, 80세 해당)**

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다. 현재 상태에 해당하는 답에 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

3) 대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

6) 상점, 이웃, 병원 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

☐ 예 ☐ 아니오

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월 간 넘어진 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

※ 표기는 검정색 펜으로 체크 칸( ☐ )안에 진하고 정확하게 합니다. (예: ☒ , ☒ , ☒ 모두가능)

성 명

생년월일

연락처

## Korean Dementia Screening Questionnaire - C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시를 해 주십시오. (동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 같은 질문을 반복해서 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 약속을 하고서 잊어버린다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 예전에 비해 성격이 변했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
점 수	/ 30		