

# もの忘れ相談シート

記入日： 年 月 日

※受診や相談をするときは、このシートにあらかじめ記入していくとスムーズです。

提出先 (FAX送信先) FAX		記入者 (FAX送信者) TEL FAX	
【用件】 <input type="checkbox"/> 受診希望 <input type="checkbox"/> 主治医意見書作成 <input type="checkbox"/> 状況報告 その他 ( )			
<b>【対象者の状況】</b>		情報提供同意書済 (本人又は家族) <input type="checkbox"/> (チェック レ点を入れる)	
ふりがな			( 男 ・ 女 )
氏 名			
生年月日 ( 大正 ・ 昭和 )	年	月	日 ( 歳 )
住 所	同居者 ( 有 ・ 無 ) ※有の場合は続柄 ( )		
要介護認定 ( 有 ・ 無 ・ 申請中 ) ※有の場合、要介護状態区分 ( )			
※以下、最近の状況について (該当するものにチェック レを入れる)			
<input type="checkbox"/> 最近あった出来事を忘れる	<input type="checkbox"/> 意欲がなくなった 以前楽しめたことが楽しくない		
<input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞き返すようになった	<input type="checkbox"/> 抑うつ的だったり涙もろくなったりしている		
<input type="checkbox"/> 同じ物を何度も買う いつもお札で支払う	<input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある		
<input type="checkbox"/> 正しい年齢が言えない (上下3歳以上食い違う)	<input type="checkbox"/> はっきりしている時とはっきりしない時がある (日内変動がみられる)		
<input type="checkbox"/> 時間・曜日・日付などの感覚がおかしい	<input type="checkbox"/> 体が硬い、動作が遅い、小股歩きなどの症状がある		
<input type="checkbox"/> 外出して戻れないことがある 道に迷う	<input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりする (幻視・幻聴)		
<input type="checkbox"/> 家事をしなくなった (料理・洗濯・掃除など)	<input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おや?と思う行動をする		
<input type="checkbox"/> 薬の管理ができない	<input type="checkbox"/> モノやお金を盗られたという		
<input type="checkbox"/> 着替えが適切にできない	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある (タバコの不始末・鍋焦がしなど)		
<input type="checkbox"/> 一人で入浴ができない	<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくソワソワしている 座ってられない		
<input type="checkbox"/> トイレの失敗があったり漏らしたりすることがある	<input type="checkbox"/> 徘徊する		
<input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れ何度も食べようとする	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力がある 怒りっぽい		
現病歴及び既往歴 (該当するものにチェック レ点を入れる)			
<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> パーキンソン病	<input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
内服薬 ( )			
嗜好品	喫煙 ( 有 ・ 無 )	飲酒 ( 有 ・ 無 )	もの忘れの症状が気になりだした時期
		飲酒量 ( mL/日)	年 月頃から
困っていること・生活の様子・過去の生活や職業など		家族構成	
家族や協力者の名前・連絡先			
家族のとらえ方 ( 認知症だと思っている ・ 認知症かもしれないと思っている ・ 認知症だと思っていない )			
家族の思い ( 現時点では家族で介護したい ・ 介護の継続を悩んでいる ・ 家族での介護は無理だと思っている )			
備考欄			