

物忘れ相談シート

気になることや相談したい事を書いてみましょう。

記入日：平成 年 月 日

本人氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ・生年月日(M・T・S) 年 月 日(歳)	居所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 入院
	住所： 伊予郡松前町	☎
介護者氏名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢： 歳	同別居の状況： <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ()
	住所：	☎

以下、最近の状況について（該当するものにチェックを入れてください）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 最近あったことを忘れる | <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"/> 同じものを何度も買う 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（日内変動がある） |
| <input type="checkbox"/> 時間・曜日・日付等の感覚がおかしい | <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・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 |

今までにかかったことがある病気や大きなけがについて記入してください。

- 脳血管疾患 高血圧 パーキンソン病 糖尿病
その他

かかっている病院や服薬の有無について記入してください。（服薬が有るかたは、相談時にお薬手帳を持参してください。）

かかっている病院：	服薬の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
かかっている病院：	服薬の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
かかっている病院：	服薬の有無	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>

嗜好品 喫煙（有・無） 飲酒（有・無） 物忘れの症状が気になり始めた時期 年 月 頃から

過去の生活や職業など	家系図
困っていること・生活の様子	

使っているサービス：介護保険 障害者総合支援法 その他（ ）

要介護認定：なし
あり⇒ 認定区分（ ）担当ケアマネ（ ）
申請中（申請日： 年 月 日）