

瑞穂市もの忘れ相談シート

支援事業所→かかりつけ医

記入日：平成 年 月 日

宛先	医療機関名
	先生

発信元	事業所名：
	住所：
	TEL：
	FAX：
ケアマネ名：	

ふりがな	生年月日	年齢	性別	相談者氏名 (本人との関係)	()
本人氏名	M・T・S 年 月 日				
本人住所	瑞穂市	連絡先		相談者連絡先	

介護保険サービス 無・申請中・有(要支援・要介護) 利用状況：

かかっている医療機関名 現病歴および既往歴：糖尿病・脳血管疾患・高血圧
パーキンソン病(症候群)・その他

内服薬 ※別途添付でも可(有・無)

良眠できているか(良・不良) 就寝時間： 起床時間：

入浴状況(できている・できていない) 最終入浴日 月 日 ころ

現在車の運転をしているか(している・していない)



対象者には下記☐で記した症状があります。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 最近あったできごとを忘れる | <input type="checkbox"/> 意思表示ができるときとできないときがある |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言ったり、聞き返すようになった | <input type="checkbox"/> 入浴を嫌がる |
| <input type="checkbox"/> 探し物やしまい忘れが目立つ | <input type="checkbox"/> 以前は楽しめていたことが楽しくない |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い | <input type="checkbox"/> 道に迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れ何度も食べようとする | <input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、通常でない行動をしたりする |
| <input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う いつもお礼で支払う | <input type="checkbox"/> もの・お金を盗られたという |
| <input type="checkbox"/> 今日の年月日が言えない(前後1週間以上食い違う) | <input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりする(幻視・幻覚) |
| <input type="checkbox"/> 正しい年齢が言えない(3歳以上食い違う) | <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"/> 季節や場所がわからないことがある | <input type="checkbox"/> 暴言・暴力がある、怒りっぽい |
| <input type="checkbox"/> 服の着方がおかしい | |
| <input type="checkbox"/> 日常使っていた物の使い方がわからなくなる | |

●気になる症状はいつごろからですか？

年 月頃

現在困っていること (家族の表現そのままの言葉でご記入ください)

家族図

体調について

本人や家族が医師にお願いしたいこと

- 診断してほしい 治療をしたい 検査(画像)を受けたい その他()

家族のとらえ方

- もの忘れがある もの忘れはない 介護する気持ちがある 介護する気持ちがない

本人のとらえ方

- もの忘れの自覚あり もの忘れの自覚なし 認知症について相談したい 健康診断として受診

情報提供同意済