

もの忘れ相談連絡票

相談者氏名			本人との続柄		
ふりがな		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 ()
本人氏名					
住所			電話	()	-

■今回受診を希望した(勧めた)理由

- (1) () 認知症が心配(本人・家族)
 (2) () 脳の精密検査を希望
 (3) () 物忘れの治療を希望
 (4) () 人に勧められて
 (5) () 介護保険サービス利用希望
 (6) () その他 []

■家族構成

◎回:本人 ○:女性 □:男性
 ●■:死亡 ☆:キーパーソン
 主介護者に「主」 副介護者に「副」(同居家族は○で囲む)

■日中の状況

- (1) () 常時、家に1人 (4) その他
 (2) () 1週間に数日、1人になる []
 (3) () ほとんど1人になることはない

■現病歴・既往歴

時期	病名	医療機関

■現在内服中の薬

■既往歴 (※以下の項目のうち、該当するものすべてに○をつけてください。)

- | | | |
|---------------|------------------------------|---------------|
| (1) () 交通事故 | (8) () 肝臓病 | (15) 関節関係の病気 |
| (2) () 頭のけが | (9) () 腎臓病 | (16) 神経症 |
| (3) () 脳卒中 | (10) () 胃腸病 | (17) 自律神経失調症 |
| (4) () 高血圧 | (11) () 性病 | (18) うつ病 |
| (5) () 高脂血症 | (12) () 甲状腺の病気 | (19) アルコール依存症 |
| (6) () 動脈硬化症 | (13) () 糖尿病 | (20) その他 |
| (7) () 心臓病 | (14) () その他内分泌
(ホルモン)の病気 | [] |

■介護保険制度の利用

- (1) 無
 (2) 有 要支援 : 1 ・ 2
 要介護 : 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

居宅介護支援事業所

ケアマネージャー

■職歴・趣味

地域包括支援センター TEL 0544- - - FAX 0544- - -

年 月 日記入 担当者氏名

裏面あり

■異変に気づいた時期・状況(きっかけになるような出来事)

■どのような症状がありますか？ あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 () 同じ話を繰り返したり、聞いたりする。
- 2 () よく知っている人の顔(名前)が思い出せない。
- 3 () しまい忘れがある。
- 4 () 今しようとしたことを忘れたり、会話の途中で言いたいことを忘れる。
- 5 () 理由もないのに気がふさいだり、落ち込むようになった。
- 6 () 身だしなみに無関心になり、以前よりおしゃれをしなくなった。
- 7 () 以前はあった関心や興味が失われた。
- 8 () 料理ができなくなった ⇒ いつから？ 年 月頃から
- 9 () 新聞を読まなくなった ⇒ いつから？ 年 月頃から
- 10 () 計算の間違ひが多くなった。漢字を忘れる。
- 11 () 電気製品が使いこなせなくなった。
- 12 () 些細なことで怒りっぽくなった。涙もろくなった。
- 13 () ぼんやりして反応が遅くなった。根気が続かなくなった。
- 14 () 日にちや場所の感覚が不確か、約束や受診日を忘れる。
- 15 () 蛇口やガスの元栓の締め忘れが目立った。
- 16 () 毎日やっていた日課をしなくなった。
- 17 () 外出をおっくうがる。
- 18 () 薬の管理ができなくなった。
- 19 () 金銭の管理ができなくなった。
- 20 () 訪問販売等で高額商品を次々に買ってしまう。
- 21 () 「家族の誰かが物(財布・通帳・衣類等)を盗んだ」と言い張る。
- 22 () 風呂に入ることを嫌がる。
- 23 () 家に戻れなかったことがある。
- 24 () 日中よく居眠りをする。
- 25 () 夜中または日中に家の中を歩き回る。または片付け物を繰り返す。
- 26 () 家の外に出てしまう。(徘徊)
- 27 () 状況にあった着衣ができない。
- 28 () 食事を拒否する。または食べ過ぎる。
- 29 () 尿失禁をする。便失禁をする。後始末ができない
- 30 () 物をため込む。(ティッシュペーパーやトイレットペーパーなど)
- 31 () 事実と違うことを言う。作り話をする。
- 32 () 見えるはずのないものが見えたり聞こえたりする。
- 33 () 暴力を振るう。(殴る・噛み付く・引っかく・蹴る・唾をはきかける)

■どのような症状がありますか？ あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 () 食欲がない。
- 2 () 体重が減少している。
- 3 () 2週間以上眠れない日が続いている。

■今、一番困っていることはなんですか？

■その他、何か伝えたいことがあれば記載してください。