

小金井もの忘れ相談シート
相談事前チェックシート

(ご家族記入)

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	()
本人氏名		明・大・昭 年 月 日		男・女		
本人住所			本人連絡先		記入者連絡先	

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目のにチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしらない |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える | <input type="checkbox"/> はっきりしている時とボーっとしている時がある |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 体を動かすににくい、手足がふるえる、歩きづらといった症状がある |

その他 具体的な内容をお書きください

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って

へご相談ください。

本シートは、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活が続けられるように、家族・相談機関が連携して支援を続けるために作られました。

本シートを持参し、認知症協力医療機関でご相談いただけます。

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目のにチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしめない |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える | <input type="checkbox"/> はっきりしている時とボーっとしている時がある |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 体を動かすににくい、手足がふるえる、歩きづらといった症状がある |

その他 具体的な内容をお書きください

- ・ひとつのことにこだわる(例えば、戸締りを何回も確認する。)
- ・不安になっている。
- ・気分が沈んでいる。

など

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

- ・認知症を含め、かかりつけ医がいないために困っているので、かかりつけ医になってほしい。
- ・認知症の薬が分からないので、相談したい。
- ・認知症の専門医にかかりたいので、専門病院を紹介してほしい。
- ・介護サービスを利用しようとしめないで、促してほしい。

など

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って

へご相談ください。