



旭区 もの忘れ相談シート

記入日：平成 年 月 日

この相談シートは、医師の診療補助にさせていただくために相談者のお話を受け支援者が記入しています。

対象者	氏名	年齢	性別： 男・女
	住所：旭区	電話：	
相談者	氏名	対象者との関係	
介護保険サービス	無・申請中・有(介護度：)		利用状況：
かかっている医療機関	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・パーキンソン症候群・その他		
内服薬 ※ 別途添付でも可能(有・無)			

<input type="checkbox"/> 最近あったできごとを忘れる	<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"/> 同じことを何度も言ったり聞き返すようになった	<input type="checkbox"/> はっきりとしている時とはっきりしないことがある
<input type="checkbox"/> 今日の年月日がいえない	<input type="checkbox"/> 急に意識がなくなることがある
<input type="checkbox"/> 正しい年齢がいえない(3歳以上食い違う)	<input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりするようだ(幻視・幻聴)
<input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う、いつも大きいお金で支払う	<input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おやっと思う行動をしたりする
<input type="checkbox"/> 季節や場所が分からないことがある	<input type="checkbox"/> もの・お金を盗られたという
<input type="checkbox"/> 薬の管理ができない	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある(タバコの火の不始末・鍋焦がし)
<input type="checkbox"/> トイレでの失敗があったり、漏らしたりするようになった	<input type="checkbox"/> 徘徊する
<input type="checkbox"/> 何度も食べようとする	<input type="checkbox"/> 暴力・暴言がある。怒りっぽい。
● 気になる症状はいつごろからですか？ それはどんなことですか？	
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下さい)	家族図 □——○
体調について	

医師にお願いしたいこと

本人のとらえ方	<input type="checkbox"/> 認知症についても相談したいと思っの受診
<input type="checkbox"/> もの忘れの自覚あり	<input type="checkbox"/> 健康診断と思っの受診
<input type="checkbox"/> もの忘れの自覚なし	

シート記入者	対象者との関係
所属	電話 fax

****【本シートご利用にあたり】****

- ・相談者（家族）の了解のもと使用をお願いします
- ・記入者は家族ではなく、関係者が家族から状況を聞き取り記入してください。
- ・医師からの返信については医師の判断で必要時となっています。必ず返信があるとは限りませんのでご了承ください。

旭区 もの忘れ相談シート

記入日：平成 年 月 日

この相談シートは、医師の診療補助にいただくために相談者のお話を受け支援者が記入しています。

対象者 氏名 _____ 年齢 _____ 性別： 男・女

住所：旭区 _____ 電話： _____

支援者 氏名 _____ 対象者との関係 _____

介護保険サービス 無・申請中・有(介護度： _____) 利用状況： _____

かかっている医療機関 _____ 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・パーキンソン症候群・その他

内服薬 ※ 別途添付でも可能(有・無) _____

<input type="checkbox"/> 最近あったできごとを忘れる	<input type="checkbox"/> 何よりも言ったり聞き返すようになった	<input type="checkbox"/> はっきりしている時とはっきりしないことがある
<input type="checkbox"/> 何を何度か言ったり聞き返すようになった	<input type="checkbox"/> 年月日がいえない	<input type="checkbox"/> 急に意識がなくなることがある
<input type="checkbox"/> 年齢がいえない(3歳以上食い違う)	<input type="checkbox"/> 何を何度か買う、いつも大きいお金で支払う	<input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりするようだ(幻視・幻聴)
<input type="checkbox"/> 場所が分からないことがある	<input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おやっと思ふ行動をしたりする	<input type="checkbox"/> もの・お金を盗られたという
<input type="checkbox"/> 薬の管理ができない	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある(タバコの火の不始末・鍋焦がし)	<input type="checkbox"/> 徘徊する
<input type="checkbox"/> トイレでの失敗があったり、漏らしたりするようになった	<input type="checkbox"/> 何度も食べようとする	<input type="checkbox"/> 暴力・暴言がある。怒りっぽい。
<input type="checkbox"/> 何よりも食べようとする		

● 気になる症状はいつごろからですか？
それはどんなことですか？

認知症が疑われる方

かかっている医療機関すべて記入

今飲んでる薬すべて記入(多数の場合、薬のシートやお薬手帳の写しの添付でも可能⇒添付の有に○をつける)

気になる症状があるところにレ点を入れてください

家族の言葉をそのまま記入

家族の言葉をそのまま記入

微熱・便秘・下痢など身体面で気になることがあれば記入(いつから・どのような症状 など)

現在困っていること (家族の言葉そのままご記入下さい)

家族図

□ — ○

医師にお願い **家族の思いを家族の言葉で記入【例】** ①認知症の有無について診てほしい ②認知症を含め、かかりつけ医になってもらいたい ③認知症の薬を処方してもらいたい ④認知症の専門病院を紹介してもらいたい ⑤本人がサービス等拒否するため医師より説得してもらいたい 等

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

健康に

該当するものにそれぞれレ点を記入

口頭で構いません。相談者(家族)に上記内容について個人情報提供する旨を確認しレ点記入

シート記入者 _____ 対象者との関係 _____

所属 _____ 電話 _____

情報提供同意済