

# もの忘れ相談 連絡票

R4.4改定

記入日： 年 月 日

相談者氏名	本人との続柄			
フリガナ	性別	男・女	生年月日	M・T・S
本人氏名	年齢	歳	年 月 日	
住所	湖西市		電話	

※該当する番号に○をつけたり、記入したりしてください。

切り離してご利用ください	<b>■今回受診を希望した（勧めた）理由</b> ( 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 ) 介護保険のサービス利用希望 ( 6 ) その他 ( )	<b>■家族構成</b> ( 1 ) 独居 ( 2 ) _____人家族 夫・妻・父親・母親・息子・ 娘・嫁・婿・孫 <b>■主介護者</b> 氏名： 本人との続柄：
	<b>■日中の状況</b> ( 1 ) 常時、家に1人 ( 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 ( 4 ) その他 ( )	<b>■現在、治療中の病気</b> ( 1 ) 無 ( 2 ) 有 ( ) <b>■現在、服薬中の薬</b> ( 1 ) 無 ( 2 ) 有 ( )
	<b>■既往歴（※以下の項目のうち、該当する番号すべてに○をつけてください）</b> ( 1 ) 交通事故 ( 8 ) 肝臓病 ( 15 ) 骨関節関係の病気 ( 2 ) 頭のけが ( 9 ) 腎臓病 ( 16 ) 神経症 ( 3 ) 脳血管疾患 ( 10 ) 胃腸病 ( 17 ) 自律神経失調症 ( 4 ) 高血圧 ( 11 ) 性病 ( 18 ) うつ病 ( 5 ) 脂質異常症 ( 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 ) その他の内分泌 (ホルモン)の病気 ( )	
	<b>■介護保険</b> ( 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：	<b>■職歴・趣味</b> (1) 職歴 ( ) (2) 趣味 ( )

裏面あり

<p>■異変に気付いた時期・状況（きっかけになるような出来事）</p> <p>■時期： ■状況等：</p>
<p>■どのような症状がありますか？該当する番号すべてに○をつけてください。</p> <p>( 1 ) 同じ話を繰り返したり、聞いたりする。</p> <p>( 2 ) よく知っている人の顔(名前)が思い出せない。</p> <p>( 3 ) しまい忘れがある。</p> <p>( 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。</p> <p>( 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。</p> <p>( 6 ) 身だしなみに無関心になり、以前よりはおしゃれはしなくなった。</p> <p>( 7 ) 以前はあった関心や興味が失われた。</p> <p>( 8 ) 料理ができなくなった⇒いつから？ _____ 年 _____ 月頃から</p> <p>( 9 ) 新聞を読まなくなった⇒いつから？ _____ 年 _____ 月頃から</p> <p>( 10 ) 計算の間違いが多くなった。漢字を忘れる。</p> <p>( 11 ) 電気製品が使いこなせなくなった。</p> <p>( 12 ) 些細なことで怒りっぽくなった。涙もろくなった。</p> <p>( 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。</p> <p>( 14 ) 日にちや場所の感覚が不確かになった。約束や受診日を忘れる。</p> <p>( 15 ) 蛇口やガスの元栓の締め忘れが目立った。</p> <p>( 16 ) 毎日やっていた日課をしなくなった。</p> <p>( 17 ) 外出がおっくうがる。</p> <p>( 18 ) 薬の管理ができなくなった。</p> <p>( 19 ) 金銭の管理ができなくなった。</p> <p>( 20 ) 訪問販売などで高額商品などを次々に買ってしまう。</p> <p>( 21 ) 「家族の誰かが物（財布・通帳・衣類等）を盗んだ」と言い張る。</p> <p>( 22 ) 風呂に入ることを嫌がる。</p> <p>( 23 ) 家に戻れなかったことがある。</p> <p>( 24 ) 日中よく居眠りをする。</p> <p>( 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。</p> <p>( 26 ) 家の外に出てしまう。（徘徊）</p> <p>( 27 ) 状況にあった着衣ができない。</p> <p>( 28 ) 食事を拒否する。または、食べすぎる。</p> <p>( 29 ) 尿失禁をする。便失禁をする。後始末ができない。</p> <p>( 30 ) 物を溜め込む。（ティッシュペーパーやトイレットペーパーなど）</p> <p>( 31 ) 事実と違うことを言う。作り話をする。</p> <p>( 32 ) 見えるはずのない物が見えたり聞こえたりする。</p> <p>( 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）</p>
<p>■下記の症状のうち、該当する番号すべてに○をつけてください。</p> <p>( 1 ) 食欲がない。</p> <p>( 2 ) 体重が減少している。</p> <p>( 3 ) 2週間以上眠れない日が続いている。</p>
<p>■今、一番困っていることはなんですか？</p>
<p>■特記事項</p>

切り離してご利用ください