

もの忘れ相談票

記入日： 年 月 日

(フリガナ) 対象者氏名		生年月日	(歳)	性別	男・女
住所			電話番号		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他()				
記入者	<input type="checkbox"/> 家族:続柄() <input type="checkbox"/> 相談機関:施設名()				
	<input type="checkbox"/> 支援者:関係()				
(フリガナ) 氏名			連絡先		

●御家族・相談機関・介護関係者が記入してください。

1 最近1か月の状態について当てはまるところに○をつけてください。

()	同じことを何回も話したり、尋ねたりする。
()	置き忘れやしまい忘れがある。
()	出来事の前後がわからなくなった。
()	服装など身の回りに無頓着になった。
()	水道栓やドアを閉め忘れたり、後片付けがきちんとできなくなった。
()	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる。
()	薬を管理してきちんと内服することができなくなった。
()	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった。
()	計画を立てられなくなった。(例:遊びに行く、何かを作るなどの段取りができなくなった)
()	複雑な話を理解できない。
()	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった。
()	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった。
()	大切なものを盗まれたと言う。

2 その他の症状や困っていることがあれば、具体的にお書きください。

3 上記の症状が出始めた時、または「今までと違う」と思ったのはいつごろですか？

年 月頃

病歴	無・有(病名:)
治療	無・有(薬名:)

4 家族の疲労度はどのくらいか、あてはまるところに○をつけてください。

1	2	3	4	5
かなり疲れている	やや疲れている	普通	あまり疲れていない	疲れていない