

もの忘れ相談シート
相談事前チェックシート

【シート1】

(ご本人・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	
本人が相談しやすい人 (氏名:) 本人との関係()							

(ご本人・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。

- ☐ 同じことを何回も聞いたり話したりする
- ☐ 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ
- ☐ 約束を忘れる、間違える
- ☐ 慣れたところで道に迷う
- ☐ 身なりを気にしなくなった
- ☐ 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
- ☐ 料理、買物など家事をしなくなった
- ☐ 金銭管理ができなくなった
- ☐ 薬の飲み忘れが多い
- ☐ もの忘れを認めようとししない
- ☐ 大切なものを盗まれたと言う
- ☐ 些細なことで怒るようになった
- ☐ 見えないはずの物や人が見えると訴える
- ☐ はっきりしている時とボーっとしている時がある
- ☐ 睡眠時に大きな声の寝言や異常な行動がある
- ☐ 体を動かしにくい、手足がふるえる、歩きづらいといった症状がある
- ☐ その他

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。