

物忘れ相談シート

受診科名：

記入日： 年 月 日 AM/PM
 受診予定日： 年 月 日 AM/PM

※伊東市民病院に提出する場合、受診当日は総合案内へ持参・受診日前は認知症疾患医療センターまでFAX(37-2894)

提出先（FAX送信先）		記入者（FAX送信者）	
TEL	FAX	TEL	FAX
【用件】 <input type="checkbox"/> 受診希望		<input type="checkbox"/> 主治医意見書作成	
		<input type="checkbox"/> 状況報告	
その他（ ）			

【対象者の状況】

情報提供同意済（本人又は家族） （チェック✓を入れる）

ふりがな
 氏名： （男・女）
 生年月日（明治・大正・昭和） 年 月 日（ 歳）
 住所： 同居者（有・無）※有の場合の続柄（ ）
 要介護認定（有・無・申請中） ※有の場合、要介護状態区分（ ）

※以下、最近の状態について（該当するものにチェック✓を入れる）

<input type="checkbox"/> 最近あった出来事を忘れる	<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"/> 同じことを何度も聞き返すようになった	<input type="checkbox"/> 抑うつ的だったり涙もろくなったりしている
<input type="checkbox"/> 同じものを何度も買う いつもお札で支払う	<input type="checkbox"/> 日中ぼーっとしていることがある
<input type="checkbox"/> 正しい年齢が言えない（上下3歳以上食い違う）	<input type="checkbox"/> はっきりしている時とはっきりしない時がある
<input type="checkbox"/> 時間・曜日・日付などの感覚がおかしい	（日内変動がみられる）
<input type="checkbox"/> 外出して戻れないことがある 道に迷う	<input type="checkbox"/> 体が硬い、動作が遅い、小股歩きなどの症状がある
<input type="checkbox"/> 家事をしなくなった（料理・洗濯・掃除など）	<input type="checkbox"/> ないものが見えたり聞こえたりする（幻視・幻聴）
<input type="checkbox"/> 薬の管理ができない	<input type="checkbox"/> 夜中にうなされたり、おや？と思う行動をする
<input type="checkbox"/> 着替えが適切にできない	<input type="checkbox"/> モノ・お金を盗られたという
<input type="checkbox"/> 一人で入浴できない	<input type="checkbox"/> 火の不始末がある（タバコの不始末・鍋焦がしなど）
<input type="checkbox"/> トイレの失敗があったり漏らしたりすることがある	<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくソワソワしている 座ってられない
<input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れ何度も食べようとする	<input type="checkbox"/> 徘徊する
	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力がある 怒りっぽい

現病歴及び既往歴（該当するものにチェック✓を入れる）

<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> パーキンソン病	<input type="checkbox"/> パーキンソン症候群	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

内服薬（ ）

嗜好品 喫煙（有・無） 飲酒（有・無） 物忘れの症状が気になりだした時期 年 月 頃から

困っていること・生活の様子・過去の生活や職業など	家系図
キーパーソンの有無・連絡先など	

家族のとらえ方（認知症だと思っている・認知症かもしれないと思っている・認知症だと思っていない）

家族の思い（現時点では家族で介護したい・介護の継続を悩んでいる・家族での介護は無理だと思っている）

備考欄