3 もの忘れ相談票

ぼけしらずねぎの
「十和田ねぎん」です

もの忘れ相談票

記入日　令和　　年　　月　　日

ご本人の氏名		記入者氏名	本人・家族・ケアマネ・在介 サービス事業所・地域包括支援センター
男 ・ 女	生年月日 ：T・S　　年　　月　　日	年齢　（　　）歳	その他（　　）
介護度	□未申請　□申請中　□介護予防・日常生活支援総合事業対象者 □要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5		
担当ケアマネジャー氏名		居宅介護支援事業所	

≪以下の当てはまる受診目的・症状について番号に○をつけてください≫

今回の受診目的はなんですか

1. 介護保険のための主治医意見書
2. 物忘れなどの病状についての相談・治療　　3. その他(専門医療機関への紹介など)

症状について

1. 同じことを何度も言う、または聞く	12. トイレの失敗が増えた
2. しまい忘れ、置き忘れが増え、探し物が多くなった	13. お風呂にきちんと入ることができなくなった(入りたがらない・体をうまく洗えない)
3. 財布・通帳・衣類など盗まれたという	14. 季節はずれのものを着たり、着衣の順を誤ったりする
4. さっき言ったことをすぐ忘れる	15. 着替えをしなくなった
5. 昨日の出来事を忘れてしまう	16. 車の運転・計算などのミスが多くなった
6. ささいなことで、怒りっぽくなった	17. 料理や片付けができなくなった
7. 他の人にはいい顔をして、話を合わせる(とりつくろう)	18. 徘徊する(外に出ていきたがったり、出ていったりする)
8. 不安になったり、落ち着かない	19. 動きまわり、目がはなせない
9. 表情が乏しく、まわりに関心を示さなくなった	20. 「声が聞こえる」「虫が見える」などの幻聴や幻視がある
10. 服薬を忘れることが時々ある	21. 妄想がある
11. 声をかけたり、管理しないと服薬を忘れる	22. 食欲がなく、体重が減った。又は食欲があり、食後なのに食べ物を探す
その他の症状・相談したいこと	

主治医の先生へのお願い

※専門医療機関へ紹介する際は、この用紙を添付してくださるようお願いします。

〈問い合わせ〉十和田市いきいき高齢介護課　高齢者総合支援室　51-6720

安心・安心・・・