

二宮町 物忘れ相談シート

令和 5年 5月 30日

1. ご本人の状況

名前 二宮 太郎 (男・女)
生年月日 (大正・昭和) 17年 ●月 ●日 (●●歳)
住所 二宮町〇〇
介護認定の状況 (有・無・申請中)
※介護認定ありの場合の要介護度 (要支援 1・2 要介護 ①・2・3・4・5)

2. 最近の状況について (該当するものにチェック☑を入れて下さい)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 最近の出来事を忘れてしまう | <input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> いま切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れてしまう | <input type="checkbox"/> 他の人に見えないものが見えたりする |
| <input type="checkbox"/> 約束の日時や場所を間違えるようになった | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒りっぽくなった |
| <input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある | <input type="checkbox"/> 涙もろくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある | <input type="checkbox"/> 強い口調で話したり、手を挙げてしまうことがある |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う・問う・する | <input type="checkbox"/> 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われることがある |
| <input type="checkbox"/> 財布・通帳などを盗まれたと人を疑ったりすることがある | <input type="checkbox"/> 昼間、ぼーっとしていることが増えた |
| <input type="checkbox"/> 料理・片付け・計算・運転などにミスが多くなった | <input type="checkbox"/> 落ち着かず歩き回ることがある |
| <input type="checkbox"/> 新しいことが覚えにくい | <input type="checkbox"/> 一人になると不安感が強くなる |
| <input type="checkbox"/> 一人での入浴が難しい | <input type="checkbox"/> 体がかたい、動作がゆっくりになった、小刻みに歩く |
| <input type="checkbox"/> トイレでの失敗がある | <input type="checkbox"/> 趣味や好きなテレビ番組に興味を湧かなくなった |
| <input type="checkbox"/> 身だしなみを気にかけなくなった | <input type="checkbox"/> 以前まで楽しめていたことをしなくなった |
| <input type="checkbox"/> ふさぎ込んで何をするのも億劫に感じている | |

3. 2にある症状が気になった時期、または「今までと違う」と思ったのはいつ頃ですか？

令和3年 8月 頃から

4. 困っていることなど (自由記載欄)

2人で暮らしています。食事を食べたことを忘れてしまい、「ご飯はまだ？」といったことがあります。本人も物忘れを自覚しているようで「馬鹿になってしまった。くやしい」と言うこともあります。去年の始めまでは、自分で薬を飲んでいましたが、飲み忘れが多くなり、私が薬を管理するようになりました。好きなテレビも見なくなったり、家で横になっていることが多くなりました。寝たきりになってしまうことも心配です。

記入者

氏名：二宮 花子
続柄：妻
連絡先 (TEL) 〇〇-〇〇〇〇

記入をサポートした人

氏名：
所属：
連絡先 (TEL)：

(令和5年5月 高齢介護課作成)