

二宮町 物忘れ相談シート

令和 年 月 日

1. ご本人の状況

名前	(男・女)
生年月日 (大正・昭和)	年 月 日 (歳)
住所	
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？

年 月 頃から

4. 困っていることなど (自由記載欄)

--

記入者

氏名：
続柄：
連絡先 (TEL)

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)