

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。

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