【記入例】

【本シートのご利用について】
・相談者（家族）の了解のもと使用して下さい。
・記入は家族ではなく、関係者が家族から状況を聞き取り記入してください。
・１か月過ぎても医師から返信がなければ、受診の有無を確認してください。
・医師には「相談シート」とともに「返信用シート」を送付してください。

瑞穂市もの忘れ相談シート

支援事業所→かかりつけ医

記入日：平成　　年　　月　　日

宛先	医療機関名 先生

発信元	
	事業所名：
	住　所：
	ＴＥＬ：
	ＦＡＸ：
	ケアマネ名：

ふりがな		生年月日	年齢	性別	相談者氏名（本人との関係）	
本人氏名		Ｍ・Ｔ・Ｓ　年　月　日				（　　）
住所	瑞穂市	連絡先			相談者連絡先	

認知症が疑われる方

介護保険サービス　無・申請中・有（要支援・要介護　　）　利用状況：

かかっている医療機関名　　現病歴および既往歴　：　糖尿病　・　脳血管疾患　・　高血圧
パーキンソン病（症候群）　・　その他

かかっている医療機関すべて記入

※別途添付でも可（　有　・　無　）

今飲んでいる薬すべて記入（多数の場合、薬情やお薬手帳の写し添付でも可
※添付の有・無にチェック

良眠できているか　（良　・　不良）　就寝時間　　：　　起床時間　　：

入浴状況　（できている　・　できていない）　最終入浴日　　月　　日ころ

現在車の運転をしているか　（　している　・　していない

気になる症状があるところにレ点を入れてください

対象者には下記☑で記した症状があります。

- ☐ 最近あったできごとを忘れる
- ☐ 同じことを何度も言ったり、聞き返すようになった
- ☐ 探し物やしまい忘れが目立つ
- ☐ 薬の飲み忘れが多い
- ☐ 食べたことを忘れ何度も食べようとする
- ☐ 同じものを何度も買う　いつもお札で支払う
- ☐ 今日の年月日が言えない（前後1週間以上食い違う）
- ☐ 正しい年齢が言えない（３歳以上食い違う）
- ☐ 季節や場所がわからないことがある
- ☐ 服の着方がおかしい
- ☐ 日常使っていた物の使い方がわからなくなる
- ☐ 意思表示ができるときとできないときがある
- ☐ 入浴を嫌がる
- ☐ 以前は楽しめていたことが楽しくない
- ☐ 道に迷うことがある
- ☐ 夜中にうなされたり、通常でない行動をしたりする
- ☐ もの・お金を盗られたという
- ☐ ないものが見えたり聞こえたりする（幻視・幻覚）
- ☐ 体が硬い、動作が遅い、小股歩きなどの症状がある
- ☐ 暴言・暴力がある、怒りっ

認知症が疑われる症状がいつ頃からあったか記入

●気になる症状はいつごろからでしょうか？
年　　月頃

現在困っていること（家族の表現そのままの言葉でご記入ください）

困りごとのエピソードなど、家族の言葉をそのまま記入

家族図

体調について

微熱、便秘、下痢など身体面で気になることがあれば記入

本人や家族が医師にお願いしたい

当てはまるものにレ点でチェック

☐ 診断してほしい　☐ 治療をしたい　☐ 検査（画像）を受けたい　☐ その他（　　）

家族のとらえ方
☐ もの忘れがある　☐ もの忘れはない　☐ 介護する気持ちがある　☐ 介護する気持ちがない

本人のとらえ方
☐ もの忘れの自覚あり　☐ もの忘れの自覚なし　☐ 認知症について相談したい　☐ 健康診断として受診

口頭の同意が確認できれば、レ点をチェックし、情報提供可とする

☐ 情報提供同意済