

もの忘れ相談シート

東久留米市

記入日：平成 年 月 日（初回／ 回目）

この相談シートは医師の診療補助にさせていただくために、ご本人のお話を聞き、相談者（家族等）もしくは支援者（ケアマネ等）が、記入しています。

| | | | | | |
|-----------------------|--|---------|--|----|-----|
| 対象者氏名 | | 生年月日 | | 性別 | 男・女 |
| 対象者住所 | | 連絡先 | | | |
| 記入者 | | 対象者との関係 | | | |
| 記入者の所属先 (ケアマネ等の場合) | | 記入者の連絡先 | | | |

介護保険サービス 要介護認定済（要介護 要支援 ）・申請中
サービス利用中（どんなサービス⇒ヘルプ・デイ・ショート・訪問看護・福祉用具貸与・その他）

| かかっている医療機関 | 疾患名 |
|------------|-----|
| | |
| | |

内服薬（ ）

次のような気になる症状がありますか？

該当する□にシ点、特に気になる症状は◎を入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 最近あった出来事を忘れる | <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった。季節と違う服装をしても気にならない |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言ったり聞き返したりするようになった | <input type="checkbox"/> もの・お金を盗られたと訴える |
| <input type="checkbox"/> 今日が何月何日かと言えない | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある（タバコの火の不始末・鍋焦がし） |
| <input type="checkbox"/> 同じ物を何度も買う | <input type="checkbox"/> いつもの道で迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> いつも大きなお金で支払う | <input type="checkbox"/> 暴言・暴力が出てきて、怒りっぽくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の管理ができなくなった | <input type="checkbox"/> そこにないものが見えたり、「人がいる」と訴えたりする（幻聴・幻覚） |
| <input type="checkbox"/> トイレでの失敗があったり、漏らしたりするようになった | <input type="checkbox"/> 意欲がなくなって、元気がない |
| <input type="checkbox"/> 今までやっていた家事をしなくなった | |

気になる症状は、いつごろからですか？

年 月 頃

現在困っていることをご記入ください

・本人が困っていること

・家族等が困っていること

本人の捉えかた

もの忘れの自覚あり 自覚なし 認知症について相談したいと思っの受診 健康診断と思っの受診

<FAX送り状>

返信用シート

※その場で記入いただける内容でしたら、その場で相談者にお渡しください。

医師⇒相談機関及び家族

| | | | |
|-----------------------|---|-------|--|
| 返信先宛名 (事業所名) | | | |
| 相談者氏名(担当者) | 様 | FAX番号 | |
| 対象者(患者)氏名 (イニシャルで) | | | |

※ その場で記入できない内容については、医療機関よりFAXにて返信をする場合がありますので、上記内容は、相談者が事前に記入して、医療機関にお渡しください。

受診月日 年 月 日

1. 内容

- かかりつけ医として、今後も継続してみたいです。
- 専門医の受診が必要です。
- CT等の検査が必要なため、紹介状を書きました。
- 投薬を開始しました。
- ご家族が再度来所してください。
- その他 具体的にご記入ください

()

2. 介護を受ける上で、気をつけること

()

3. ケアマネジャー、サービス事業者に伝えることはありますか？

()

即記入することは難しい場合がありますので、記入する内容があった場合は、FAXでお返しします。

平成 年 月 日

| |
|-------------|
| 送信元 |
| 医療機関名 _____ |
| 医師名 _____ |