

物忘れ相談シート について

※病院に相談する際に連携を目的に使用するシートになります。

目的：以下の情報を共有する

受診を希望する側：困っていることについて伝える

いつから、どれくらいの期間、誰が、どのような内容か

どうしたいと考えているか（本人・相談者）

受診を受け入れる側：受診に来る目的を明らかにして、必要な対応を行う

診断？治療？書類？対応の方法の指導？

病院での指導ができる環境か？

必要な情報：

本人について…年齢、性別、住所、自宅の周囲の様子、生活歴（学歴や職歴、引っ越し歴など）

家族とその関係性、主で対応する方、生活歴（学歴や仕事、家庭での役割）、受診歴

物忘れ相談シート

令和 年 月 日 記入

1. ご本人の状況

名前
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. これまでの生活について

- ・生まれたところ
- ・育ったところ
- ・学歴
- ・職歴（何年くらい、なんの仕事）
- ・受診歴
- ・退職されている方は退職後の生活について
- ・普段、会ったり話したりする方
- ・趣味

3. 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. 困っていることについて、あてはまることがあれば☑してください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①物忘れが気になる | <input type="checkbox"/> ②料理・片付け・計算・運転などにミスが多くなった |
| ・・・例えば、以下のことがありますか？ | <input type="checkbox"/> ③慣れた道でも迷うことがある |
| <input type="checkbox"/> 電話の相手の名前を忘れてしまう | <input type="checkbox"/> ④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"/> 約束の日時や場所を間違える | <input type="checkbox"/> ⑤急に性格が変わったようになった。（怒るとか、泣くとか） |
| <input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある | <input type="checkbox"/> ⑥昼間、ぼーっとしていることが増えた |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある | <input type="checkbox"/> ⑦落ち着かず歩き回ることがある |
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う・問う・する | <input type="checkbox"/> ⑧頻回に電話がかかる |
| | <input type="checkbox"/> ⑨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"/> ⑩他の人に見えないものが見えたりする |
| | <input type="checkbox"/> ⑪以前と違い、外出しなくなった |
| | <input type="checkbox"/> ⑫排せつの失敗がある（尿 ・ 便 ） |
| | <input type="checkbox"/> □その他 |

記入者

同席されていた方

氏名：
所属：
連絡先（Tel）：

氏名：
続柄：
連絡先（Tel）：