

# もの忘れ相談シート（ご家族用）

認知症が疑われるご本人の症状を医師に簡潔に伝えるため、受診の際にお使いください。  
また、介護保険の申請前・更新時などの受診の際にもお使いください。

		記入年月日 令和			年	月	日
ふりがな		生年月日	年齢	性別	本人連絡先		
本人氏名		大正・昭和 年 月 日	歳	男 女	( )		
記入者氏名	本人との関係 ( )	記入者連絡先	( )		介護サービス利用の有無 あり ・ なし		

1 最近のご本人の様子について、気になっていることはありますか？

次の中からお選び（）ください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う       | <input type="checkbox"/> 料理・買い物でのミスが増えた、しなくなった |
| <input type="checkbox"/> 物の置き忘れ、しまい忘れが増えた | <input type="checkbox"/> 強い不安におそわれることがある       |
| <input type="checkbox"/> 財布・通帳などを盗まれたと言う  | <input type="checkbox"/> 気分が落ち込みやすくなった         |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い        | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった        |
| <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしない    | <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった          |
| <input type="checkbox"/> 約束の日時を間違える       | <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみに対する関心がなくなった    |
| <input type="checkbox"/> 慣れた道でも迷うことがある    | <input type="checkbox"/> 家で何もせず、じっとしていることが増えた  |
| <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった     | <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると言う     |

どのようなことにいちばんお困りですか？

例) 入浴・着替えを嫌がる

2 時期について。1の症状はいつ頃からありましたか？ または、今までと違うと思ったのはいつ頃からですか？

平成 ・ 令和 年 月頃から

3 きっかけは何かありましたか？（環境の変化など）

4 相談先について。今までにどこかに相談したことがありますか？○をおつけください。

他の家族 ・ 区役所 ・ 地域包括支援センター ・ ケアマネジャー ・ オレンジチーム ・ その他 ( )

5 この相談をご本人は承知されていますか？ ( はい ・ いいえ )

6 (診断がついていない場合) 認知症の診断がついたとき、ご本人にそのままお伝えしてよろしいでしょうか？

( はい ・ いいえ )