

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			( )	
本人住所	本人連絡先			記入者 連絡先	

(ご家族または、相談機関が記入してください)

1. 最近の御本人の様子について、次のような症状がありますか？該当項目の口をチェックを入れてください。

- |                                             |                                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何度も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> さがし物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、買い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するしない           |
| <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"/> 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は、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。

この用紙を持って 医療機関名を相談機関で記入

へご相談ください。