

目黒区もの忘れ相談連絡票

作成日: 年 月 日

本人	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
	住所	電話: — — 携帯: — —			
相談者	フリガナ		本人との関係など		
	氏名				
	住所	電話: — — 携帯: — —			
作成者	所属				
	氏名	電話: — —			

上記の相談者からの相談内容を、以下のとおりご連絡いたします。

①受診を希望している(勧めた)理由

- ☐ 認知症が心配 (本人・家族) ☐ 診断・治療 (連携パス含む) を希望 ☐ 専門医紹介を希望
☐ 介護で困っており助言を希望 ☐ 要介護認定申請の主治医意見書作成を希望
☐ その他 ()

②家族構成 (必要に応じ裏面備考欄に構成図)

- ☐ () 人家族 ☐ 一人暮らし
 夫・妻・父・母・息子・娘
 息子の妻・娘の夫・孫
 その他 ()
 ※主介護者:

③介護保険制度の利用

- ☐ 要介護 () ☐ 要支援 () ☐ 自立 ☐ 申請なし
 ・担当ケアマネジャー
 ・利用しているサービス

④相談の内容 (誰が何に困っているのか)

⑤あてはまる症状

- | | |
|--|---|
| ☐ 日にちや曜日が分からない
☐ 少し前のできごとを忘れてしまう
(例: 食事をしたことを覚えていない)
☐ いつも同じ話を繰り返す
☐ 物の名前や言葉が出てこないことがある
☐ 会話をしても話がかみ合わない
☐ 時間の感覚がなくなっている
(例: 午前か午後かも分からない)
☐ 家族に依存する様子がある
(例: 本人に質問すると家族の方を向く)
☐ その他 (| ☐ 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う
☐ 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
☐ 些細なことで怒りっぽくなった
☐ 慣れた道でも迷うことがある
☐ ガスや火の始末ができなくなった
☐ ふさぎこんで、何をするのも億劫がり嫌がる
☐ 小刻みに歩行するようになった
☐ 存在しないものが見えると言う
☐ 他人に構わず自分勝手な行動をする
☐ 同じ動作・行動を何度も繰り返す |
|--|---|

⑥これまでの経過・変化に気づいた時期	
⑦現在治療中の病気	(服用している薬)
医療機関名 () 担当医師名 () 病名	
医療機関名 () 担当医師名 () 病名	
⑧日常生活の状況	
ア. 状態 ☐起きている ☐寝たり起きたり ☐寝たきり () イ. 食事 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () ウ. 排泄 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () エ. 入浴 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () オ. 睡眠 ☐普通 ☐不眠気味 ☐昼夜逆転している ☐過眠ぎみ、寝ていることが多い () カ. 薬の管理 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () キ. 金銭管理 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () ク. 買物 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () ケ. 炊事 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () コ. 掃除 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () サ. 洗濯 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 () シ. 趣味 ☐ない ☐ある (内容:) ス. その他 ()	
⑨備考	
(家族構成図)	