

認知症相談チェックシート

記入の上、医療機関の受付（伊東市民病院は受付奥の「総合案内」）に提出してください。

本人氏名：

記入者氏名： 電話

記入者内訳：家族 ケアマネージャー

地域包括支援センター その他（ ）

次回受診予定日：平成 年 月 日 診療科名： 科

1.最近のご本人の様子について、あてはまるものにレ点を付けてください。

- かかってきた電話の相手の名前を忘れる。
- 同じことを何度も言ったり、聞いたりする。
- 物を置いたりしまったりした場所を忘れ、いつも探し物をしている。
- 財布、通帳、衣類などを盗まれたと人を疑う。
- 約束の日時や場所を間違えるようになった。
- お金の支払いや預貯金の引き落としが上手くいかなかった。
- 薬の飲み忘れ、飲み間違いがある。
- 話のつじつまが合わない。
- テレビ番組の内容が理解できなくなった。
- 慣れた道でも迷うことがある。
- 徘徊や目的の分からない行動が目立つ。
- 夜眠らず、家の中を動きまわる。

裏面もあります

些細なことで怒りっぽくなった。

周りへの気遣いがなくなり頑固になった。

一人になったり、些細なことをきっかけに心配したり寂しがったりする。

「頭が変になった」と本人が訴える。

身だしなみを構わなくなった。

趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった。

ふさぎ込んで何をするのも億劫がるようになった。

その他(具体的な状況を下記に記入)

.....

.....

2.先生に相談したいことや連絡したいことがありましたら記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....