

もの忘れ相談事前チェックシート

記入年月日 平成 年 月 日

氏名	ふりがな		住所 大字	<input type="checkbox"/> 西麓	<input type="checkbox"/> 蒲牟田	番地
				<input type="checkbox"/> 広原	<input type="checkbox"/> 後川内	
生年月日			年齢	性別	電話	
<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			歳	<input type="checkbox"/> 男	固定	0984 - -
年 月 日				<input type="checkbox"/> 女	携帯	
記入者	氏名					
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	連絡先	<input type="checkbox"/> 固定	<input type="checkbox"/> 携帯	番号		

1 次のような症状がある場合は、該当項目の□にチェックを入れてください。

- 5分前と同じ話をする。
- 物の名称がうまくでてこないことがよくある。
- 置忘れやしまい忘れが目立つ。
- 身なりを気にしなくなった。
- 買い物がうまくできなくなった。
- 元気がない、また趣味・家事をしなくなった。
- 慣れたところで道に迷う。
- もの忘れを認めない。
- 怒りっぽくなった。
- 身近な人(家族やヘルパー)が自分の所有物を盗ったと言う。
- そこにいないのに「人がいる」等と訴える。
- その他

2 1にある症状が出始めたとき、または「**いままでと違う**」と思ったのはいつごろですか？

※ ひどくなった時期でなく、「**いままでと違う**」と感じた時期です。

平成 年 月頃

3 現在、お困りのことがありましたらお書きください。