

もの忘れについてお尋ねします

ID		お名前		様
ご記入者様のお名前		様	続柄	

●該当する項目の□にチェックを入れてください。()内にはご記入をお願いいたします。

1. 経緯

- ①いつから始まりましたか？
()
- ②誰が気づきましたか？ 本人が気づいた ・ 家族が気づいた
- ③もの忘れは、 進んでいない ・ 進んでいる
(どのようにすすんでいますか？)
- ④意欲の低下や出不精は、 ない ・ ある
(いつから始まりましたか？)
- ⑤判断力の低下は、 ない ・ ある
(いつから始まりましたか？)
- ⑥日にちが分からなくなることは、 ない ・ ある
(いつから始まりましたか？)

2. 現在

- ①毎日の仕事や生活は、 自分でできている ・ 見守りが必要 ・ さらに手助けが必要
- ②トイレは、 自分でできる ・ 下着を汚すことが多い ・ 失禁が多い
- ③買い物は、 ひとりで行ける ・ 必要のないものを買うことが多い お金が払えない
- ④一人で遠くに外出して、 自分で帰れる ・ 近くで道に迷う ・ 交通機関が使えない
- ⑤預金通帳や年金は、 管理できている ・ 管理できていない ・ お金に強い執着がある
- ⑥気持ちが落ち込むことが、 ない ・ ある
- ⑦もの忘れで困ることは何ですか？
()

3. 病歴

- ①転びやすさは、 ない ・ ある
(いつごろからですか？)
- ②頭をぶついたり、頭にけがをしたことは、 ない ・ ある
(いつですか？)
- ③現在治療を受けている病気は、 ない ・ ある
(どんな病気ですか？)
- ④現在服用している薬は、 ない ・ ある
(どんな薬ですか？)
- ⑤これまでに病気(手術を含む)をしたことが、 ない ・ ある
(病名がわかれば記入してください。病名：)

ご記入ありがとうございました。以上で質問は終了です。