

物忘れ相談の連絡シート

(物忘れが気になるとき質問に答え⇒主治医) 以下の質問にお答えください。

名前:	男・女	生年月日: 明治・大正・昭和	年	月	日	歳
困った症状:	飲んでいる薬(説明書の添付でも可):					
今までの治療歴:						
介護サービス利用状況 (無・有) 介護度: 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5						

※該当する箇所の□にレを入れてください。

<input type="checkbox"/> 置忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布を盗まれたなど作り話を <input type="checkbox"/> 時間や場所が分からなくなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れかの身体症状(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪いときの差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある <small>※パーキンソン症状とは、小刻み歩行や、すくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。</small> <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 次のいずれか <small>・実際にはいない人や物が見える          ・物を人や動物と見間違える</small>	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある
---	---	--	--

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置忘れやしまい忘れが目立つようになり、探し物が増えた	左記以外の症状がある場合はご記入ください。
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる/冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意だった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月日を間違える(月日を思い出せない) <input type="checkbox"/> 生活圈域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えなくなった)	
<input type="checkbox"/> 家族が分からなくなる(娘と姉を間違える) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後、表裏、上下、順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	

**説明用** 物忘れ相談の連絡シート 以下の質問にお答えください(主治医へ担当ケアマネジャーからの相談用)

名前 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 歳
困った症状	これまでの治療歴
既往歴と飲んでいる薬(服薬状況の分かる物を添付)	
介護認定状況(無・有) 介護度: 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	

※該当する箇所の□にレを入れてください。

★区分ごとにそれぞれの症状を分けています

<input type="checkbox"/> 置忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える。 <input type="checkbox"/> 財布を盗まれたなど作り話をする。 <input type="checkbox"/> 時間や場所が分からなくなる。	<input type="checkbox"/> 出来ることと、出来ないことの差が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐんだり感情失禁がある <input type="checkbox"/> いずれかの身体症状がある(麻痺・むせる・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良いときと悪いときの差が激しい <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある ※パーキンソン症状とは・・・小刻み歩行やすくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。 <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 以下のいずれか ・人が二人いる ・天井が歪んでいる ・人の気配を感じる	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 質問に対して同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある
★アルツハイマー型認知症	★脳血管性認知症	★レビー小体型認知症	★前頭側頭葉変性症等

★認知症の程度によって区分分けしています。

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置忘れや、しまい忘れが目立つようになり、探しものが増えた	★ 軽 度	左記症状に当てはまらないことがある場合はこちらにご記入ください。
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買って/冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐った物であふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意だった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月日を間違える(月日を思い出せない) <input type="checkbox"/> 生活圏域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作が出来ない(道具が使えなくなった)	★ 中 程 度	
<input type="checkbox"/> 家族が分からなくなる(娘と姉を間違える) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない <input type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(前後、表裏、上下、順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるか分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとしない <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話しかける	★ 高 度	