もの忘れ外来　予診票

カルテ No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：　　年　月　日

おなまえ		生年月日: 年　月　日　歳
同 行 者		ご本人との関係（　　）

1.もの忘れの経過について、症状の出現の仕方など（ご家族や周囲の人が気付いてからの経過・対応など）

今回の症状は？	
いつ頃から？	

いま、困っていること（当てはまる項目にチェックして下さい。）

□もの忘れ（自覚：□有□無）　□意欲低下　□収集癖　□物盗られ妄想
□幻視・幻聴　□こだわりのある行動　□異常な食欲　□外出して戻れない（徘徊）
□暴力（□特定□不特定）　□性格の変化　□物事の段取りがうまくできない
□金銭管理が困難　□服薬管理が困難　□介護拒否（□本人□家族）
□介護者の認知症の理解　□介護力の不足
□その他具体的に

2.生活状況、本人の状態について（当てはまる項目にチェックして下さい。）

【介護者の有無】□有　□無　□不明
【キーパーソン】□有　□無　□不明
　有の場合、続柄など（　　）
　氏名（　　）・連絡先（　　）
【介護者の状況について特記すべき点があれば記載して下さい】
（　　）
【日常生活状況】□自立　□一部介助　□全介助
食事：□自立　□一部介助　□全介助　移動：□自立　□一部介助　□全介助
排泄：□自立　□一部介助　□全介助　掃除洗濯：□自立　□一部介助　□全介助
服薬管理：□自立　□一部介助　□全介助　調理：□自立　□一部介助　□全介助
買物：□自立　□一部介助　□全介助　入浴：□自立　□一部介助　□全介助
金銭・財産管理：□自立　□一部介助　□全介助
医療機関の受診：□自立　□一部介助　□全介助
【要介護認定】
□未申請　□申請中　□非該当　□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
【現在利用中の介護サービス】
□訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ）　□通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）　□通所ﾘﾊﾋﾞﾘ（ﾃﾞｲｹｱ）
□短期入所生活介護（特養でのｼｮｰﾄｽﾃｲ）　□短期入所療養介護（老健でのｼｮｰﾄｽﾃｲ）
□住宅改修　□その他（　　）
※居宅介護支援事業所：　　（TEL：　　担当者：　　）