もの忘れ外来　予診票

記入日：　　年　　月　　日

おなまえ		生年月日 ☐明治 ☐大正 ☐昭和 ☐平成 ☐令和 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をして下さい）

☐もの忘れ　（自覚：☐あり ☐なし ）　☐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（ ☐特定の人に対して ☐不特定の人に対して ）　☐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 ）

☐介護者の認知症への理解　☐介護力の不足

☐その他（具体的に下欄にお書きください）

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ください）

【介護者の有無】　☐あり　☐なし　☐不明

【キーパーソン】　☐あり　☐なし　☐不明

※「あり」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ください】

（　　）

【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

排　泄：☐自立 ☐一部介助 ☐全介助

服薬管理：☐自立 ☐一部介助 ☐全介助

買　物：☐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

移　動：☐自立 ☐一部介助 ☐全介助

掃除洗濯：☐自立 ☐一部介助 ☐全介助

調　理：☐自立 ☐一部介助 ☐全介助

入　浴：☐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

【現在利用中のサービス】

☐訪問介護（ホームヘルパー）　☐通所介護（デイサービス）　☐通所リハビリ（デイケア）

☐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：　（　　連絡先：　　担当者：　　）