

ものわすれ問診票（ご家族・介護者記入用）

氏名：

◎ あてはまるものに☑または（ ）内にご記入をお願いいたします。

複数☑も可。特に気になる箇所は下線を引いて下さい。

● 少しでもおかしいと気づいたのはいつですか？

○ 年 月 日頃 （ 歳頃）

○ その時の様子を教えてください。

[]

● 今みられている症状について教えてください。

- ☐ 同じことを何回も言う、または何度も確認する
- ☐ 約束を忘れるようになった
- ☐ 慣れたところで道に迷う
- ☐ 転倒することが増えた
- ☐ 昼と夜とが逆転している
- ☐ 身なりを気にしなくなった
- ☐ 料理・運転・計算などのミスが多くなった
- ☐ いろいろなことに関心を持たなくなった
- ☐ 些細なことで怒りっぽくなった
- ☐ 物を盗られたと言うことがある
- ☐ 自分の失敗を人のせいにする
- ☐ ルールが守れなくなった
- ☐ 味覚の変化（食の好みが変わった）
- ☐ 同じことを何度も繰り返すようになった
- ☐ 他の人には見えないものや聞こえないものが見える、聞こえると言う
- ☐ 眠っている時に大声や叫び声がある
- ☐ 便秘がある
- ☐ 立ちくらみがある
- ☐ その他

[]

● 介護保険の利用について教えてください。

○ 要介護度

(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 未申請 現在申請中)

○ 利用中のサービスと頻度

[]

○ 担当ケアマネージャー名と事業所名

[]