

(ご家族記入)

記入年月日

年

月

日

ふりがな		生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	()
本人氏名		明・大・昭 年 月 日		男・女		
本人住所				本人連絡先	記入者連絡先	

(ご家族または、相談機関が記入してください。)

1. 次のような症状が、ありますか？ 該当項目のにチェックを入れてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 5分前と同じ話をする。 | <input type="checkbox"/> 物の名前が出てこないことがよくある。 |
| <input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが目立つ。 | <input type="checkbox"/> 買い物がうまく出来なくなった。 |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった。 | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う。 |
| <input type="checkbox"/> 元気がない、または趣味・家事をしなくなった。 | <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった。 |
| <input type="checkbox"/> もの忘れを認めない。 | <input type="checkbox"/> そこにいないのに、「人がいる」と訴える。 |
| <input type="checkbox"/> 身近な人(家族やヘルパー等)が自分の財布・通帳を盗ったと訴える。 | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

その他 具体的な内容をお書きください

2. 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃

3. 現在困っていることがありましたらお書きください。

医療機関名を相談機関で記入

この用紙を持って _____ へご相談ください。