

物忘れ相談シート

令和 年 月 日

医院・クリニック
診療所・病院

先生へ

様（ 年 月 日生まれ）の担当【 】です

- 御相談したい事が有ります 御高診をお願いします 状況経過報告 その他（ ）
→ 返信を希望します 返信は結構です ※ 情報提供については（ ）月（ ）日に同意を得ています

居宅介護事業所名
TEL

担当者名
FAX

<input type="checkbox"/> 財布や鍵など置いた場所が分からなくなる
<input type="checkbox"/> 5分前に聞いた話を思い出せない
<input type="checkbox"/> 自分の生年月日が分からなくなる
<input type="checkbox"/> 今日が何月何日か分からない
<input type="checkbox"/> 自分のいる場所がどこか分からなくなる
<input type="checkbox"/> 道に迷って家に帰ってこれなくなる
<input type="checkbox"/> 電気ガスが止まる等、不測の事態に対処できない
<input type="checkbox"/> 1日の計画を自分で立てることができない
<input type="checkbox"/> 季節や状況に合った服を選ぶことができない
<input type="checkbox"/> 1人で買い物ができない
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい様子があり話が噛み合わない

<input type="checkbox"/> バスや電車、車等を使って1人で外出できない
<input type="checkbox"/> 貯金出し入れ、家賃公共料金支払など1人でできない
<input type="checkbox"/> 電話をかけることができない
<input type="checkbox"/> 自分で食事の準備ができない
<input type="checkbox"/> 薬を決まった時間に正しい分量で飲むことができない
<input type="checkbox"/> 入浴が1人でできない
<input type="checkbox"/> 着替えは1人でできない
<input type="checkbox"/> トイレは1人でできない
<input type="checkbox"/> 身だしなみを整えることができない
<input type="checkbox"/> 食事は1人で摂取できない
<input type="checkbox"/> 家の中の移動は1人でできない

《 △時々 ○問題あり ●特に問題 》

その他の気になる症状や生活上の支障

- 幻視幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言暴力 介護への抵抗 火の不始末 徘徊 不潔行為

主な病気 既往・現病

- 高血圧 糖尿病 脳血管性疾患 頭部外傷 心疾患
 パーキンソン病 甲状腺疾患 アルコール障害 その他（ ） 不明

通院状況

現在の処方

家族状況 独居 同居（ ） キーパーソン あり（ ） なし

- 対応に困っている 介護に非協力的 認識が不足している 診断を受けたい
その他、要望や意向

返信欄

記入日：令和 年 月 日

連絡方法 面談 電話 その他
日時（ ）時ごろ

連絡事項

医院・病院名

主治医