

物忘れ相談の連絡シート（物忘れが気になるとき質問に答え⇒主治医） 質問にお答えください。

名前: ○ △	男 女	生年月日: 明治・大正・昭和 10年 10月 10日 81歳
困った症状: 最近、怒りっぽくなった		飲んでいる薬(説明書の添付でも可): 薬情報を添付します
今までの治療歴: H28年5月仙骨周辺に褥瘡あり(治療中) H26年4月脳梗塞(左片麻痺)		
介護サービス利用状況 (無 有) 介護度: 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		

※該当する箇所の□にレを入れてください。

<input type="checkbox"/> 置忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 物忘れの自覚がない <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 感情は保たれているので一見普通に見える <input type="checkbox"/> 財布を盗まれたなど作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所が分からなくなる	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく物忘れをするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input checked="" type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input checked="" type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input checked="" type="checkbox"/> 何らかの身体症状(麻痺・むせり・喋りにくい・歩きにくい)	<input type="checkbox"/> 良い時と悪いときの差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> パーキンソン症状がある <small>※パーキンソン症状とは、小刻み歩行や、すくみ足、突進型歩行などの症状を伴うものこと。</small> <input type="checkbox"/> 寝言や睡眠中に叫ぶことが多い <input type="checkbox"/> 次のいずれか <small>・実際にはいない人や物が見える ・物を人や動物と見間違える</small>	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きなどの無頓着な行動がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを徘徊する <input type="checkbox"/> 性的な逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 座ったかと思うとすぐに立ち上がることを繰り返す <input type="checkbox"/> 語彙数が減少し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある
---	--	---	--

<input type="checkbox"/> 考え方に柔軟性がなくなり、頑固で疑い深くなった <input type="checkbox"/> イライラして元気がなくなった <input checked="" type="checkbox"/> 注意力が散漫になって、やりなれた作業や仕事にミスが目立つようになった <input type="checkbox"/> 日や曜日を思い出せない <input type="checkbox"/> 置忘れやしまい忘れが目立つようになり、探し物が増えた	左記以外の症状がある場合はご記入ください。 1、最近怒りっぽくなった 2、本人のペースを崩すと怒ってしまい手がつけられないときがある。 3、話し出したら制止が効かずずっと喋ることが増えてきた。 4、車椅子を自走するときにつかっアザができる。
<input type="checkbox"/> 買い物に行くと同じものばかり買ってくる/冷蔵庫が賞味期限切れのものや腐ったものであふれている <input type="checkbox"/> ゴミを出す日を間違えて近所とトラブルを起こす <input type="checkbox"/> ガスの消し忘れがあり、鍋を焦がすことが多くなった <input type="checkbox"/> 得意だった料理が一人では出来なくなった <input type="checkbox"/> 月日を間違える(月日を思い出せない) <input type="checkbox"/> 生活圈域から離れたところで道に迷う <input type="checkbox"/> 食べたことを忘れる <input checked="" type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> リモコンの操作ができない(道具が使えなくなった)	
<input type="checkbox"/> 家族が分からなくなる(娘と姉を間違える) <input type="checkbox"/> 近所でも道に迷う/自宅のトイレの場所が分からない <input checked="" type="checkbox"/> 話しかけた言葉が理解できず指示に従えない(介護に抵抗する) <input type="checkbox"/> 服をうまく着ることが出来ない(前後、表裏、上下、順番が分からない) <input type="checkbox"/> 物を見てもそれが何であるかが分からない <input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べる(異食) <input type="checkbox"/> 自分の物と人の物の区別がつかない <input checked="" type="checkbox"/> 自発性が低下し自分からは何もしようとなしい <input type="checkbox"/> 鏡に映った自分に話かける	

