

もの忘れ問診票

令和 年 月 日

はじめに〈あてはまるものに○をつけてください〉

- ①「もの忘れ問診票」記入者（ 本人 家族 介護者 ）
- ②本人は、もの忘れについての受診という自覚があるか（ はい ・ いいえ ）
いいえの回答の方は、ご本人にどのように伝えて受診に来ているか（ ）
- ③受診のきっかけ（ 本人からの希望 家族からの希望 かかりつけ医からの勧め 介護スタッフからの勧め その他 ）
- ④要介護認定（ 未 ・ 済 ）
済の回答の方は、認定結果（ 要支援 要介護 担当包括・居宅： ）

困っていること・これまでの経過〈あてはまる項目にチェック✓してください〉

- ☐もの忘れ
- ☐同じことを何度も言う・聞く
- ☐いつも探し物をする
- ☐会話が成立しない
- ☐無関心・無気力
- ☐寝てばかりいる
- ☐気分の浮き沈みがある（抑うつ）
- ☐一人で外出して帰ってこれなくなったことがある（徘徊）
- ☐日中寝て、夜活動する（昼夜逆転）
- ☐怒りっぽくなった
- ☐落ち着きがない
- ☐お金や物を「盗まれた」と人を疑う（物盗られ妄想）
- ☐見えないものが見える・聞こえないものが聞こえる（例：子供の声がする、外に知らない男がいる等）
- ☐その他（ ）

具体的なエピソードをご記入ください

医師に相談したいこと〈あてはまる項目にチェック✓してください〉

- ☐検査・診断 ☐治療 ☐アドバイス ☐介護保険の申請 ☐その他（ ）

日常生活の状態〈あてはまるものに○をつけてください〉 ※自立：一人でできる 介助：家族等の手伝いあり

- ①移動（ 独歩 杖 介助 車椅子 ） ②会話のやりとり（ できる 難しい できない ）
- ③入浴（ 自立 介助 ） ④着替え（ 自立 介助 ） ⑤排泄（ 自立 介助 ）
- ⑥食事（ 自立 介助 ） ⑦電話（ できる できない ）
- ⑧買い物（ できる できない ） ⑨一人で外出（ できる できない ）
- ⑩服薬管理（ 飲み忘れなし 飲み忘れあり ） ⑪金銭管理（ できる できない ）

今までかかったことのある病気〈下記にご記入ください〉

飲んでいるお薬・かかっている病院〈下記にご記入ください〉

かかりつけ医・もの忘れ相談医受診時の参考資料としてご活用ください。

【令和5年度 福島市長寿福祉課作成】

このチェックリストは「認知症の人と家族の会」の皆さんの経験に基づきまとめた早期発見の目安です

もの忘れの気づきチェック

医学的な診断基準ではありませんが、いくつか当てはまるような場合は、早めにかかりつけ医や相談窓口にご相談しましょう(P34～39参照)。

- | | | | |
|----|---------------------------|---|--------------------------|
| 1 | 同じことを何度も「言う」「問う」「する」 |  | ☐ |
| 2 | しまい忘れ、置き忘れが増え、いつも探し物をしている | | ☐ |
| 3 | 財布、通帳、衣類などを「盗まれた」と人を疑う | | ☐ |
| 4 | 料理、片付け、計算、運転などのミスが多くなった |  | ☐ |
| 5 | 話のつじつまが合わない | | ☐ |
| 6 | 約束の日時や場所を間違えるようになった | | ☐ |
| 7 | 慣れた道でも迷うことがある | | ☐ |
| 8 | ささいなことで怒りっぽくなった |  | ☐ |
| 9 | 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった | | ☐ |
| 10 | ふさぎこんで何をするのもおっくうがり、いやがる | | ☐ |