

# 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 ）  
いイエの回答の方は、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：子供の声がある、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