**令和　　年　　　月　　　日**

**もの忘れ問診票**

**はじめに〈あてはまるものに〇をつけてください〉**

**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〈あてはまるものに〇をつけてください〉　※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】