

# 福岡県認知症医療センター 相談シート

あなたのお名前: \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご年齢: \_\_\_\_\_ 性別:  男性  女性

ご住所: \_\_\_\_\_

本日はどなたのことでご相談がありますか。(相談者本人の場合、無記入で構いません。)  
その方のお名前: \_\_\_\_\_

ご年齢: \_\_\_\_\_ 性別:  男性  女性

ご住所: \_\_\_\_\_

相談者との関係性:

- 配偶者                       子ども                       子どもの配偶者  
 兄弟・姉妹                   甥・姪                       孫  
 その他( \_\_\_\_\_ )

当てはまるものに☑をつけて下さい。

・今までに福岡県認知症医療センター(当院)にご相談またはご受診されたことはありますか。

はい (  相談  受診 ) 【 \_\_\_\_\_ 回目】

いいえ

・認知症の治療で受診歴はありますか。

はい (いつ頃: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 病院名: \_\_\_\_\_ )

いいえ

・福岡県認知症医療センター・ものわすれ外来のことをどのように知りましたか。

市役所・町役場窓口               地域包括支援センター               病院

診療所     施設               友人・知人に聞いた               もの忘れ検診

その他 ( \_\_\_\_\_ )

・今回ご相談したい内容にあてはまるものがあれば全てにチェックをつけてください。

認知症かどうか診断してほしい。                       治療を検討している。

(  診断  鑑別診断  セカンドオピニオン ) (  外来希望  入院希望 )

施設入所を検討している。                       相談窓口を知りたい。

介護保険などの福祉サービスを知りたい。

在宅での対応方法について知りたい。

その他 ( \_\_\_\_\_ )

・介護保険の申請をしていますか。

はい

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

いいえ

申請中

(裏面にも続きます。)

当てはまるものに☑をつけて下さい。

- 1  物の忘れがひどい。
- 2  話したことを数分後には忘れる。
- 3  何度も同じことを言ったり聞いたりする。
- 4  月日の感覚がわからなくなった。
- 5  次の日の予定を何度も確認してしまう。
- 6  約束の日時や場所を間違えるようになった。
- 7  最近、物の置き忘れが多い。
- 8  最近、大切なものをなくしてしまった。
- 9  慣れた道でも迷うことがある。  
たびたび迷子になる。
- 10  料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった。
- 11  お金を扱うことや、  
通信販売を適切に利用することができなくなった。
- 12  他人には見えていないものが見える、  
または聞こえていないものが聞こえることがある。
- 13  最近お金や財布など大切なものを盗まれた。
- 14  「夜あまり眠れない」または「昼間うとうとすることが多い」。
- 15  ゆうつである。
- 16  ぼんやりしていることが多くなった。
- 17  イライラしやすくなった。
- 18  大きな声をあげてしまうことがある。
- 19  自宅や近所などをうろうろするようになった。(徘徊)
- 20  いつも不安を訴えたり、じっとしていられないことがある。
- 21  突然泣き出すことがよく見られる。
- 22  体の不調や病気の心配を度々してしまう。

そのほか「認知症かな？」と気になることがあればお書き下さい。



ご協力ありがとうございました。