

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	性別	記入者氏名 (本人との関係)	
本人氏名		明・大・昭 年 月 日		男・女	()	
本人住所	府中市		本人連絡先		記入者連絡先	

(できるだけご家族が記入してください。)

1 最近のご本人の様子について次のような症状が、ありますか？ 該当項目の□にチェックを入れてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 同じことを何回も聞いたり話したりする | <input type="checkbox"/> 物の置き忘れやしまい忘れが目立つ |
| <input type="checkbox"/> 約束を忘れる、間違える | <input type="checkbox"/> 慣れたところで道に迷う |
| <input type="checkbox"/> 身なりを気にしなくなった | <input type="checkbox"/> 一日中家の中でボーっと過ごしていることが多くなった |
| <input type="checkbox"/> 料理、買物など家事をしなくなった | <input type="checkbox"/> 金銭管理ができなくなった |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れが多い | <input type="checkbox"/> もの忘れを認めようとしない |
| <input type="checkbox"/> 大切なものを盗まれたと言う | <input type="checkbox"/> 些細なことで怒るようになった |
| <input type="checkbox"/> 見えないはずの物や人が見えると訴える | |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

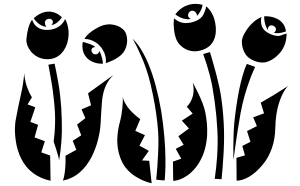


その他 具体的な内容をお書きください

2 1にある症状が出始めたとき、または、「いままでと違う」と思ったのはいつごろですか？

※ひどくなってきた時期ではなく、少しでも「いままでと違う」と感じた時期です。

年 月 頃



3 現在の状況について○をつけてください。

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ・今までに大きな病気にかかったことがありますか？ | [ある ・ ない] |
| ・現在治療を受けている病気がありますか？ | [ある ・ ない] |
| ・いつも飲んでる薬がありますか？ | [ある ・ ない] |
| ・アレルギーは、ありますか？ | [ある ・ ない] |

4 現在困っていることがありましたらお書きください。