

第2号様式（第4条）

認知症の症状に関する自己申告書

年 月 日

府中市認知症高齢者等おかえりサポートシール給付事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申告します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	府中市		
認知症の 診 断	1 有	診 断 名	
		診断医療機 関 名	
		診断された 時 期	年 月
	2 無		
次のような 症状があれば、該当の 項目の□に チェックを 入れてくだ さい。	☐ 同じことを何度も聞くことがある		
	☐ 少し前のことや、話したことを覚えていないことがある		
	☐ よく物を失くしたり、しまい忘れや置き忘れがある		
	☐ 家に帰れなくなったことがある		
	☐ 慣れたところで道に迷う		
	☐ その他		