

もの忘れ気づきシート

この『もの忘れ気づきシート』を
やってみましょう！



氏名： _____



思い当たる項目にチェック☑をしてください。

記入日： _____年 _____月 _____日()

<p>もの忘れがひど</p>	<p><input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返したり、聞いたりする。 <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔(名前)が思い出せない。 <input type="checkbox"/> しまい忘れがある。 <input type="checkbox"/> 今しようとしたことを忘れて、 会話の途中で言いたいことを忘れる。 【 /4】</p>	<p>人柄が変わる</p> <p><input type="checkbox"/> 些細なことで怒りっぽくなった。 涙もろくなった。 <input type="checkbox"/> 「家の誰かが物(財布・通帳・衣類等)を盗んだ」と言い張る。 <input type="checkbox"/> 事実と違うことを言う。作り話をする。 <input type="checkbox"/> 見えるはずのないものが見えたり、 聞こえたりする。 <input type="checkbox"/> 暴力を振るう。 (蹴る・噛みつく・引っかく・殴る等) 【 /4】</p>
<p>判断力・理解力が衰える</p>	<p><input type="checkbox"/> 電化製品が使いこなせなくなった。 <input type="checkbox"/> 蛇口やガスの元栓の締め忘れが目立っている。 <input type="checkbox"/> 薬の管理ができなくなった。 <input type="checkbox"/> 金銭の管理ができなくなった。 <input type="checkbox"/> 漢字を忘れる。 <input type="checkbox"/> 料理ができなくなった。 <input type="checkbox"/> 状況にあった着衣ができない。 (いつも同じ服を着たがる・季節感等) <input type="checkbox"/> 尿失禁や便失禁をする。 後始末ができない。 【 /8】</p>	<p>意欲がなくなる</p> <p><input type="checkbox"/> ぼんやりして反応が遅くなった。 根気が続かなくなった。 <input type="checkbox"/> 理由もないのに気分がふさいだり、 気持ちが落ち込むようになった。 <input type="checkbox"/> 身だしなみに無関心になり、以前より おしゃれをしなくなった。 <input type="checkbox"/> 以前はあった関心や興味が失われた。 <input type="checkbox"/> 新聞を読まなくなった。 <input type="checkbox"/> 毎日していた日課をしなくなった。 <input type="checkbox"/> 外出をおっくうがる。 <input type="checkbox"/> 風呂や着替えを嫌がる。 【 /8】</p>
<p>時間・場所が分からない</p>	<p><input type="checkbox"/> 日にちや場所の感覚が不確か、約束や 受診を忘れる。 <input type="checkbox"/> 家に戻れなかったことがある。 <input type="checkbox"/> 夜中または日中に家の中を歩きまわる。 または片づけを繰り返す。 <input type="checkbox"/> 家の外に出てしまう。(徘徊) <input type="checkbox"/> 寝ぼける 【 /5】</p>	<p>その他</p> <p><input type="checkbox"/> 日中よく居眠りをする。 <input type="checkbox"/> 食事を拒否する。または、食べすぎる。 <input type="checkbox"/> 物を詰め込む。(ティッシュペーパーや トイレットペーパー等) <input type="checkbox"/> その他お困りのこと 【 /4】</p> <p>()</p>

監修：NTT 東日本伊豆病院 認知症疾患医療センター

チェック数： _____個 (全 33 個中)

各項目にチェックが付き、心配なことが見つかった方は
 かかりつけ医や地域包括支援センターに相談してみましょう。

