



要介護 認定の 状況	<input type="checkbox"/> 認定を受けていない <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定の有効期間:      年      月      日まで)	
	担当の介護支援専門員 (ケアマネジャー)	居宅介護支援事業所名(      ) 担当者氏名 (      )
	サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(      )	

これまでの生活状況(学歴、職業、その他)について、ご記入ください。

症状、異変に気づいた時期、気になること、介護で困っていること等を具体的にご記入ください。

(      年      月頃から)

身体状況や日常生活について、該当する項目のにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 置き忘れやしまい忘れが増えた <input type="checkbox"/> 大事な約束を忘れる <input type="checkbox"/> 直前の記憶が抜け落ちる(同じ話を何度もする) <input type="checkbox"/> 財布などを盗まれたと作り話をする <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからなくなる <input type="checkbox"/> 言い訳が多くなる <input type="checkbox"/> 物事の段取りが悪くなる <input type="checkbox"/> 「あれ」、「これ」と言った言葉が多くなる	<input type="checkbox"/> 出来る事と出来ない事の差が大きい <input type="checkbox"/> もの忘れの自覚がある <input type="checkbox"/> よく忘れ物をするがヒントがあれば思い出す <input type="checkbox"/> 昼夜が逆転している <input type="checkbox"/> 感情の起伏や喜怒哀楽が激しい <input type="checkbox"/> すぐに涙ぐむなどの感情失禁がある <input type="checkbox"/> 反応に時間がかかる <input type="checkbox"/> 何れかの身体症状(麻痺・むせる・しゃべりにくい、歩きにくい) <input type="checkbox"/> 尿失禁がある	<input type="checkbox"/> 良い時と、悪い時の差が激しい(日内変動) <input type="checkbox"/> ありありとした幻視(人や動物が多い) <input type="checkbox"/> 立ちくらみ、頑固な便秘、尿漏れ等がある <input type="checkbox"/> パーキンソン症状*がある <input type="checkbox"/> 転びやすい <input type="checkbox"/> 過度の昼寝、寝言や睡眠中に叫ぶことが多い  ※パーキンソン症状とは、小刻み歩行やすくみ足。突進型歩行等の症状を伴うもののこと	<input type="checkbox"/> 性格が別人のように見える <input type="checkbox"/> 万引きや交通違反などの逸脱行為がある <input type="checkbox"/> 日に何度も同じコースを散歩する <input type="checkbox"/> 語彙数が激減し、同じ言葉を繰り返す <input type="checkbox"/> 反射的で衝動的な行動がある <input type="checkbox"/> 過食や同じ物ばかり食べる <input type="checkbox"/> 突然、その場から立ち去ってしまうことがある
---	---	--	---