

様式第1号（第4条関係）

みよし市認知症高齢者等家族支援サービス事業認知症チェックリスト

記入年月日	年 月 日
探索対象者者氏名	
チェックリスト確認相手方氏名	
<p>チェックリスト</p> <p><input type="checkbox"/> 1 同じことを言ったり聞いたりする。</p> <p><input type="checkbox"/> 2 物の名前が出てこなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 3 置き忘れやしまい忘れが目立ってきた。</p> <p><input type="checkbox"/> 4 以前はあった関心や興味が失われた。</p> <p><input type="checkbox"/> 5 だらしなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 6 日課をしなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 7 時間や場所の感覚が不確かになった。</p> <p><input type="checkbox"/> 8 慣れた所で道に迷った。</p> <p><input type="checkbox"/> 9 財布などを盗まれたという。</p> <p><input type="checkbox"/> 10 ささいなことで怒りっぽくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 11 蛇口・ガス栓の締め忘れ、火の用心ができなくなった。</p> <p><input type="checkbox"/> 12 複雑なテレビドラマが理解できない。</p> <p><input type="checkbox"/> 13 夜中に急に起きだして騒いだ。</p>	
チェックリスト聞き取り者氏名	所属
	氏名