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