

もの忘れ相談シート運用実績簿

提出日：令和 年 月 日

事業所名：

NO	対象者氏名	年齢	相談者続柄	住所	医療機関	シート1	シート2	シート3	シートを使用した経緯、受診結果、その後の経過 など	担当ケアマネジャー
						利用または手元に届いた日、利用したものに○				
(例)	〇〇 △△	〇〇	夫	緑町	〇〇クリニック	11/1 ○	11/1 ○	11/30 ○	令和〇△年〇月頃より、もの忘れがみられ、毎日同じ食料品を買ってきたり、火の消し忘れ、物盗られ妄想が出現。週1回長女が訪問し、身の回りの世話をしているが、同居の夫は心疾患の持病があり、介護負担が大きい。認知症の精査の上、デイサービス利用を増やすために意見書への反映を希望し、かかりつけ医にシートを利用。かかりつけ医より〇△病院神経内科を紹介され、12月に受診予定。	□□ ××
1										
2										
3										
4										
5										

★提出先：〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28 武蔵野市高齢者支援課相談支援係認知症担当 電話：0422-60-1846