

# 受診をスムーズに行うために・・・

## ○特に困っていること・心配していること

## ○希望すること

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 介護保険の申請をしたい     | <input type="checkbox"/> 認知症が悪化しないようにしたい |
| <input type="checkbox"/> 認知症の検査をしてほしい    | <input type="checkbox"/> 専門の病院を紹介してほしい   |
| <input type="checkbox"/> 今まで通り自分の家で暮らしたい |  |
| <input type="checkbox"/> その他 [           | ]  |

## ○認知症の症状について

○いつ頃から(気づいた時期等わかる範囲で)

○どんな症状があるか(食事、入浴、トイレのこと等)

## ○生活状況(時間や就寝時間、何をして過ごしているか 等)

○午前

○午後

○夜間(18時以降)

## ○今服用している薬について(他の医療機関から処方されている薬等がわかるもの)