

《気づき連絡票》

地域包括支援センター あて

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(個人名は記入しないでください)

◎「今までと違う」と感じる事、気になる事など、気づいた項目を☑してください。(複数可)

※ チェックの数に関わらず、心配だと思うことについて、ご連絡をお願いします。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 話のつじつまが合わないことがある
<input type="checkbox"/> 少し複雑な話になると理解が難しい
<input type="checkbox"/> 同じことを何度も言ったり尋ねたりする
<input type="checkbox"/> 直前に話したことや行動したことを忘れる
<input type="checkbox"/> 知っているはずの人や物の名前が出てこない
<input type="checkbox"/> 楽しんでいたサークルやサロンに行かなくなった
<input type="checkbox"/> 慣れた道に迷ってしまうことがある
<input type="checkbox"/> カレンダーをめくらなくなった
<input type="checkbox"/> テレビの音大きい
<input type="checkbox"/> 薬の管理ができなくなった
<input type="checkbox"/> 物がなくなる、盗まれる等の訴えが多くなった
<input type="checkbox"/> 庭の手入れができなくなっている
<input type="checkbox"/> 雨戸が開かなくなった
<input type="checkbox"/> 郵便物がポストにたまっている
<input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 約束したことを忘れてしまう
<input type="checkbox"/> お金や通帳をなくしてしまう
<input type="checkbox"/> 無くし物が増えた
<input type="checkbox"/> 家の掃除や片付けをしなくなった
<input type="checkbox"/> 回覧板が回せなくなった
<input type="checkbox"/> 近所づきあいができなくなった
<input type="checkbox"/> 車の運転に不安がある
<input type="checkbox"/> 時間がわからない
<input type="checkbox"/> 季節に合わせた服装ではない
<input type="checkbox"/> 必要な受診ができなくなった
<input type="checkbox"/> イライラしたり怒りっぽくなった
<input type="checkbox"/> 表情が乏しくなった
<input type="checkbox"/> 電気がつかなくなった
<input type="checkbox"/> お風呂に入らなくなった |
|--|---|

◎心配なことなどの具体的な内容

気づいた方の連絡先

氏名		所属(団体名)	_____ 地区民生委員
連絡先 (電話番号)	— —	連絡のとれる 時間帯 など	(例) 平日13:00~14:00

※ 情報提供元を、本人に伝えずに対応することについて(希望する ・ 希望しない)

【地域包括支援センター 記入欄】

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受付者 _____

緊急性 有り 無し

対応方法 電話 ・ 訪問 ・ 来庁 ・ 情報提供のみ