

# 【認知症（痴呆）の兆しが見られるとき用】

## ●生活環境について

診察日 年 月 日

No. \_\_\_\_\_

同居動物の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある（具体的に _____）
飼育場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋外と屋内両方 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
食事	回数：1日（ _____）回 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> ウェットフード（缶詰・レトルトなど） <input type="checkbox"/> 手作り フードの使用銘柄や手作り内容、おやつなど与えている場合は具体的に（ _____） 最近食事内容を変えましたか： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （「はい」の方は具体的に _____）
散歩	1日（ _____）回、計（ _____）分程度

## ●認知症について

気になる症状	<input type="checkbox"/> 呼びかけても無反応 <input type="checkbox"/> 夜中や明け方に意味もなく鳴き続ける <input type="checkbox"/> 部屋の中を徘徊する <input type="checkbox"/> 狭い所に入りたがり、行き止まると後退出来ない <input type="checkbox"/> とぼとぼとうつむいて歩く <input type="checkbox"/> ぼーっと立っていることがある <input type="checkbox"/> 不適切な場所での排泄や失禁 <input type="checkbox"/> 学習していた行動や習慣的な行動が出来なくなる <input type="checkbox"/> 視力や聴力が衰え、異常ににおいをかぐ <input type="checkbox"/> 飼い主のことがわからない <input type="checkbox"/> その他（ _____）
いつ頃から症状に気づきましたか？	（ _____）前頃から
予防のために何かやっていることはありますか？	サプリメントなど （ _____）

## ●その他メモ欄

※その他気になること、受診時に先生へ伝えようと思うことがあれば記入して下さい。