

介護保険主治医意見書予診票

- ☆ この予診票は、介護保険の要介護認定申請に必要な主治医意見書を作成する際に参考にさせていただく資料です。意見書作成目的以外には使用せず、他に公開することはありません。
- ☆ ご本人もしくはご家族など介護している方が記入してください。
- ☆ 記入についてわからないことがありましたら、遠慮なくお尋ねください。

記入日 平成 年 月 日

申請者 ふりがな 氏名 _____ 性別 男 ・ 女 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)

記入者 ふりがな 氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 () _____

ケアプランを依頼しているところ 事業者名 _____

1. 介護保険の認定を受けていますか？あてはまる口に✓印をつけてください。

- いない
- 要支援1 要支援2
- 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

2. 他の医療機関（医師）にかかっていますか？あてはまる口に✓印をつけてください。

- いる いない

↓

「いる」と答えられた方は、あてはまる口に✓印をつけてください。

- 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科
- 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科
- 耳鼻科 リハビリ 歯科 その他 (科)

3. 心身の状態について

1) 体の不自由なところがありますか？あてはまる口に✓印をつけてください。

- 体の不自由なところはまったくない。
- 体が多少不自由であるが、バスやタクシー等を利用してひとりで外出できる。
- 体が不自由であるが、隣近所であれば歩いて外出できる。

- ひとりでの外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。
- 介助してもらっても外出が少なく、家の中では横になっていることが多い。
- 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。
- 車いすに乗り降りするのもひとりではむずかしい。座っていることはできる。
- 一日中ベッドの生活。排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りは打てる。
- 一日中ベッドの生活。排泄、食事、着替えで人の手がかかり、寝返りも打てない。

2) 認知症のすすみ具合について、あてはまる口に✓印をつけてください。

- 認知症はない。
- もの忘れなど、少し精神面でのおとろえはあるが、一応ひとりでも生活できる。
- 家の外に出ると、時々道に迷ったり、買い物でお釣を間違えたりする。
- 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができない。
- 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩くことがある。
- 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いて、家族が起こされる。
- 昼も夜も目が離せず、家族がおちついて眠ることもできない。
- 被害妄想、暴力、落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。

3) 理解したり、記憶したりすることについて、あてはまる口に✓をつけてください。

- ①物忘れはありますか？ はい いいえ
- ②日常生活でものごとを自分で決める（判断する）ことができますか？
 できる だいたいできる あまりできない まったくできない
- ③自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？
 伝わる だいたい伝わる あまり伝わらない まったく伝わらない

4) 問題行動について、介護をする方におたずねします。該当に○印をつけてください。

- ①実際にはいない人や、虫、動物などがみえると言うことがありますか？（ある・時々・ない）
- ②実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言うことがありますか？（ある・時々・ない）
- ③金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言う事がありますか？（ある・時々・ない）
- ④昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑤介護する人などに暴言をはくことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑥介護する人などに暴力をふるうことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑦介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑧目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑨ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？（ある・時々・ない）
- ⑩便をこねたり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がありますか？（ある・時々・ない）
- ⑪紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べることがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑫性的問題行動がありますか？（ある・時々・ない）

5) きき腕は? 右 左

6) 身長は? () cm

体重は? () kg

ここ6カ月で体重の変化がありましたか? 増えた 変わらない 減った

7) 次の状態がありますか?あてはまる口に✓印をつけてください。

麻痺 筋力のおとろえ 関節の痛み 床ずれ 皮膚病

4. 生活機能について、あてはまる口に✓印をつけてください。

- 1) 屋外歩行 ひとりでできる 介助があればできる していない
2) 車椅子 用いていない 自分で操作 他人が操作
3) 歩行補助具・装具 用いていない 屋外で使用 屋内で使用
4) 食事 自分で食べる 一部介助 食べられない
5) その他 尿もれ 転倒 床ずれ 意欲の低下 食事でむせる

5. 介護保険で現在利用しているサービス全てに✓印をつけてください。

- 医師が家庭訪問して診察している。
 看護師が自宅を訪問している。
 リハビリの専門家が自宅を訪問している。
 通所リハビリテーション（デイケア）にかよって、リハビリをしてもらっている。
 病院（療養型病床）や老人保健施設に何日か泊まっている。
 歯科医師が家庭訪問して診察している。
 歯科衛生士が家庭訪問して口の中を衛生について指導してくれる。
 薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてくれる。
 栄養士が家庭訪問して、食事のとり方について教えてくれる。
 ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴や食事の世話をしてくれる。
 特別養護老人ホームなどにかよい、通所介護（デイサービス）をうけている。
 家庭を訪問して、浴槽を提供し入浴の介助をしてくれる。
 特別養護老人ホームなどに何日か泊まっている。

6. チェックしたなかで、特に困っていることや何かしてほしいことを具体的に記入してください。（例）食事、排せつ、入浴、着替え、リハビリなど

[]