

# 介護保険 主治医意見書予診票

記載日 令和 年 月 日

※本院にて主治医意見書の作成を依頼される場合は、必ず主治医の了解を得てから予診票を医療福祉支援センターまで提出いただきますよう、お願い申し上げます。

<input type="checkbox"/> 本院の医師に介護保険 主治医意見書の作成について依頼されましたか 令和 年 月 日依頼済（主治医名： 診療科： ）	
<input type="checkbox"/> 現在入院中である	
申請者(患者)氏名	診察券番号
生年月日 明・大・昭 年 月 日	
記載者氏名（主に連絡をとれる方の記載もお願いします）	
電話番号	続柄
現在継続的に診断・治療を受けている病院・診療所が本院以外にありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（医療機関名： 診療科名： ）	
1. 日常生活の様子についてお聞きます。1つ選んでレ印をつけてください。	
正 常 自立歩行 介助歩行 車いす生活 寝たきり生活	<input type="checkbox"/> 日常生活上の支障はない（正常） <input type="checkbox"/> 交通機関等を利用して外出できる（J1） <input type="checkbox"/> 隣近所なら外出できる（J2） <input type="checkbox"/> 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する（A1） <input type="checkbox"/> 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている（A2） <input type="checkbox"/> 自分一人で車いすに乗り移ることができ、食事、排泄はベッドから離れて行う（B1） <input type="checkbox"/> 介助がなければ車いすに乗り移ることができない（B2） <input type="checkbox"/> 排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自分で寝返りが打てる（C1） <input type="checkbox"/> 生活全般に介助を要する。自力では寝返りも打てない（C2）
2. 物忘れの状態についてお聞きます。1つ選んでレ印をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 特にない（正常） <input type="checkbox"/> 以前より忘れやすくなったり話がぐどくなったりしているが、生活上の支障はない（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でお釣りを間違えたりする（Ⅱa） <input type="checkbox"/> 電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活はなんとかできる（Ⅱb） <input type="checkbox"/> 着替え・食事・排泄が一人でうまくできない。理由もなく、外へ出歩いてしまったりすることがある（Ⅲa） <input type="checkbox"/> 前記の状態が、週1回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある（Ⅲb） <input type="checkbox"/> 昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできない（Ⅳ） <input type="checkbox"/> 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（Ⅴ）	
3. 理解することや記憶したりすることについてお聞きます	
・ 直前のことをすぐ忘れてしまうことがよくありますか <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> あまりない ・ 自分一人の判断や意思で行動できますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> できない ・ 自分の要求や意思を相手に伝えられますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> できない	
4. 日常生活で問題となる行動についてお聞きます	
・ 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・ 実際になかったことをあつたかのように言うことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・ 昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声を出すことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族や介護者に暴言を吐くことがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ 家族や介護者に暴力を振るうことがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ 目的もなく歩き回ったり、外出（徘徊）したりすることがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ 排便後などに便や尿に触ったり、まき散らしたりすることがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ 本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> <li>・ まわりが迷惑するような性的な言動や行為がありますか <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</li> </ul>
5. 身体の様子についてお聞きします
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康な時の利き腕はどちらですか <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左</li> <li>・ 身長（                      cm）体重（                      kg）※おおよその数値で結構です</li> <li>・ 手、足、指などに欠損があればその部位をご記入ください（部位：                      ）</li> <li>・ 麻痺や力が入らず、不自由なところがあればご記入ください （部位：                      程度：<input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重）</li> <li>・ 関節の動きが悪く、不自由なところがあればご記入ください （部位：                      程度：<input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重）</li> <li>・ 関節の痛みがあればご記入ください（部位：                      程度：<input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重）</li> <li>・ 自分の意思に反した動き（ふるえなど）があればご記入ください（部位：                      ）</li> <li>・ 床擦れがあればご記入ください（部位：                      程度：<input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重）</li> <li>・ 皮膚病があればご記入ください（部位：                      程度：<input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重）</li> </ul>
6. 現在の生活についてお聞きします
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 屋外を歩くことができますか <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>介助があればできる <input type="checkbox"/>できない</li> <li>・ 車いすを使っていますか <input type="checkbox"/>使っていない <input type="checkbox"/>主に自分で操作している <input type="checkbox"/>主に他人が操作している</li> <li>・ 杖や歩行器または装具を使っていますか <input type="checkbox"/>使っていない <input type="checkbox"/>屋外で使用 <input type="checkbox"/>屋内で使用</li> <li>・ 食事は自分で食べられますか <input type="checkbox"/>自分で食べられる <input type="checkbox"/>介助が必要</li> <li>・ 食べ物をスムーズに飲み込むことができますか <input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>何とかできる <input type="checkbox"/>できない</li> <li>・ 便や尿をもらすことがありますか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ときどき <input type="checkbox"/>ある</li> <li>・ よく転ぶことがありますか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ときどき <input type="checkbox"/>ある</li> <li>・ 閉じこもりや意欲の低下などありませんか <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</li> </ul>
7. 利用したいサービスすべてにレ印を付けてください
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他（                      ）
8. その他、困っていることがありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。