

主治医意見書予診票

記入日 令和 年 月 日

●介護保険主治医意見書を記載するため、以下の項目についてご記入をお願いします。

申請者本人（利用者）氏名	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
記載者氏名		続柄	

今回の介護保険申請について教えてください。 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ※新規のみ 介護保険被保険者番号 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table>	
現在継続的に診断を受けたり、治療を受けている病院・診療所が当院以外にありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし ある場合（病院名・診療所名： 病名： 診療科名：)	
今までにかかった大きな病気について記入してください。病気の名前（例えば、骨折、心臓発作、喘息など） 手術をしたかどうか等 いつ頃（) 病名（) 手術をしたかどうか等（)	
日常生活について、該当するものを口レ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> O からだの不自由なところはなく、日常生活において自立できている。 <input type="checkbox"/> J1 からだが多少不自由であるが、交通機関等を利用して一人で外出できる。 <input type="checkbox"/> J2 からだが多少不自由であるが、隣近所へなら外出できる。 <input type="checkbox"/> A1 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している。 <input type="checkbox"/> A2 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。 <input type="checkbox"/> B1 車いすが必要な生活であるが、食事、排泄は人の手を借りずにできる。 <input type="checkbox"/> B2 介助により車いすに移乗することができる。座っていることはできる。 <input type="checkbox"/> C1 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要するが、自力で寝返りがうてる。 <input type="checkbox"/> C2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力では寝返りもうてない。	
認知症の進み具合について、該当するものを口レ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> O 認知症の症状はなく、日常生活において自立できている。 <input type="checkbox"/> I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> II a 家庭外で日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 （たびたび道に迷う、買物や事務、管理などそれまでできたことにミスが目立つ等） <input type="checkbox"/> II b 家庭内でも日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 （服薬管理ができない、電話対応や訪問者対応など一人で留守番ができない等） <input type="checkbox"/> III a 日中を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 （着替え、食事、排泄が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等） <input type="checkbox"/> III b 夜間を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 （III aに同じ） <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 （せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）	
ひどい物忘れがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある
毎日の生活は自分一人の判断や意志でできますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> あまりできない <input type="checkbox"/> まったくできない
自分がしたいこと、言いたいことを相手に伝えられますか。	<input type="checkbox"/> 伝わる <input type="checkbox"/> だいたい伝わる <input type="checkbox"/> あまり伝わらない <input type="checkbox"/> まったく伝わらない

※裏面もご記入をお願いします。

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
2	実際にはなかった事をあったように言うことがありますか。 (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
3	昼夜が逆転していますか。(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
4	今までになかったような暴言をはくことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
5	介護者に暴行を加えることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
6	介護に抵抗することがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
7	目的もなく歩き回ったり外出したりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
8	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"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
9	排泄後などに、便や尿に触ったりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
10	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ようなことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
11	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ある
1から11までの質問の他に問題行動がありますか。		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ()	

利き腕はどちらですか。	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き	
身長と体重は。(測れないときはおおよそで結構です)	身長 _____ cm	体重 _____ kg	
過去6ヶ月の体重の変化はありましたか。	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 減った
手・足・指などに欠損はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
麻痺や力が入らず不自由なところがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
関節が動きにくく不自由なところがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
関節が痛むところがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
自分の意思ではない体の動きがありますか。 (例えば、手の指がふるえる、顔面がけいれんするなど)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
床ずれ(じょくそう)がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位 _____)		
屋外を歩くことができますか。	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 介助がいる <input type="checkbox"/> できない	
車いすを使っていますか。	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作する <input type="checkbox"/> 他の人が操作する		
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"/> 屋外で使っている <input type="checkbox"/> 屋内で使っている		
食事は自分でできますか。	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない	
食欲はありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきない <input type="checkbox"/> ない	
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか。	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない	
便や尿をもらすことがありますか。(便意や尿意がわからない)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
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	
閉じこもりや意欲の低下などはありませんか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

・その他、主治医に伝えておきたいこと等があれば、ご記入ください。