主治医意見書予診票

記入日　平成　　年　　月　　日

●以下の項目について，答えられる範囲でご記入をお願いします。

申請者本人（利用者）氏名			
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。	・新規　　・更新　　・区分変更
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？	病院・診療所名・診療科目・病名
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

ひとりで外出（移動）できますか。	・自由にできる（遠くまで・町内まで）　・ときどき ・できない（車いす・寝たきり）
何らかの認知症を有しますか。	・有しない　・見守りで自立（家庭外のみ・家庭内でも） ・要介護（日中・夜間）　・たえず介護　・要医療

ひどい物忘れがありますか。		・ない　・ときどき　・ある
毎日の生活は自分一人の判断や意志でできますか。		・できる　・何とか　・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。		・伝えられる　・いくらか困難 ・具体的なことに限られる ・伝えられない
1	実際にはないものが見えたり，聞こえたりしますか。	・ない　・ときどき　・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）	・ない　・ときどき　・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）	・ない　・ときどき　・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。	・ない　・ときどき　・ある
5	介護者に暴行を加えることがありますか。	・ない　・ときどき　・ある
6	介護に抵抗することがありますか。	・ない　・ときどき　・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。	・ない　・ときどき　・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。	・ない　・ときどき　・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。	・ない　・ときどき　・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。	・ない　・ときどき　・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。	・ない　・ときどき　・ある
1 から 11 までの質問の他に問題行動がありますか。		・ない　・ある（　　）

裏面へつづく

利き腕はどちらですか。	・右利き　　・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。	・増えた　　・変わらない　　・減った
手・足・指などに欠損はありますか。	・ない　・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。	・ない　・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。	・ない　・ある（部位　　）
関節が痛むところはありますか。	・ない　・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）	・ない　・ある（部位　　）
床ずれ（じょくそう）がありますか。	・ない　・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。	・ない　・ある（部位　　）

屋外を歩くことができますか。	・できる　　・介助がいる　　・できない
車いすを使っていますか。	・使っていない　　・主に自分で操作する ・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。	・使っていない　　・屋外で使っている ・屋内で使っている
食事は自分でできますか。	・できる　　・何とか　　・できない
食欲はありますか。	・ある　　・ときどきない　　・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。	・できる　　・何とか　　・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）	・ない　　・ときどき　　・ある
よく転ぶことがありますか。	・ない　　・ときどき　　・ある
閉じこもりや意欲の低下などはありませんか。	・ない　　・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。