# 介護保険主治医意見書　予診票

記入日　　年　　月　　日

主治医意見書を作成する際に参考として使用しますので、答えられる範囲でご記入をお願いします。　松原病院

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者本人<br>(利用者)氏名 | 男　・　女 | | |
| 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

今の介護度（　　）※更新と区分変更の時だけご記入ください。

「他の病院」にかかっている場合、病院名と該当する科の☐にチェックをつけてください

病院名　（　　）　（　　）※主な病院２つまで

☐内科　☐精神科　☐外科　☐整形外科　☐脳神経外科　☐皮膚科

☐泌尿器科　☐眼科　☐耳鼻科　☐リハビリ　☐歯科　☐その他（　　）

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

３－（１）日常生活の状態について

体に不自由なところはありますか。「一つ」だけ選んで☐にチェックをつけてください。

☐体の不自由さはありません。(0)

☐体は少し不自由ですが、一人でバスやタクシーで外出できます。(J1)

☐体は不自由ですが、一人で隣近所であれば歩いて外出できます。(J2)

☐家の中ではおおむね自立し、介助があれば外出でき、日中はベッドから離れて生活します。(A1)

☐家の中ではおおむね自立するが、ほとんど外出せず、日中も寝たり起きたりの生活です。(A2)

☐自ら車いすに乗り、食事・トイレはベッドから離れて行います。(B1)

☐誰かの手助けがないと車いすに乗ることはできません。座っていることはできます。(B2)

☐1 日中ベッドで過ごし、自力で寝返りは出来るが、着替え・食事・トイレは手助けが必要です。(C1)

☐1 日中ベッドで過ごし、寝返り・着替え・食事・トイレとも手助けが必要です。(C2)

もの忘れの程度（認知機能）について教えてください。「一つ」だけ選んで☐にチェックをつけてください。

☐もの忘れはなく、特に気になる症状はありません。

☐もの忘れは少しあるが、日常生活ではほとんど支障がありません。(Ⅰ)

☐道に迷う、買い物や事務、金銭管理等にミスが目立つ等があるが、誰かが注意していれば生活できます。(Ⅱa)

☐薬の管理ができない、電話や訪問者との対応ができない等があるが、誰かが注意していれば生活できます。(Ⅱb)

☐日中を中心として、下記の症状Ⅲがみられます。(Ⅲa)

☐夜間を中心として、下記の症状Ⅲがみられます。(Ⅲb)

> 日常生活において、支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
> 着替え・食事・排泄等がうまく出来ず、時間がかかる。徘徊や不潔行為等がある（Ⅲ）

☐上記Ⅲの症状・行動が頻繁に見られ、常に介護を必要とします。(Ⅳ)

☐著しい精神症状や困っている行動、重篤な身体疾患があり、専門医療を必要とします。(M)

※裏面もご記入お願いします

３－（２）理解や記憶について

| | |
|---|---|
| つい先ほどのことをすぐに忘れてしまうことはありますか | □いいえ　□ときどき　□はい |
| 日常生活で、物事を自分で決める（判断する）ことができますか？ | □できる　□だいたいできる<br>□あまりできない□まったくできない |
| 自分のしてほしいこと、ほしくないことをきちんと伝えられますか？ | □できる　□だいたい伝わる<br>□あまり伝わらない<br>□まったく伝わらない |

３－（３）日常生活で困っている行動について

| 日常生活で困っている行動があればチェックをつけてください |
|---|
| □幻視（実際にいない人、虫、動物が見える）　□幻聴（そこにいない人の声や音が聞こえる） |
| □被害妄想（金品を盗まれた等）　□昼夜逆転　□介護者等への暴言　□介護者等への暴力 |
| □介護への抵抗　□徘徊（目的なく外を歩き回る）　□火の不始末 |
| □不潔行為（便を触ったり、まき散らしたり）□異食行動（通常食べられないものを食べる）□性的問題行動 |
| □その他あれば記載してください【　　】 |

３－（５）身体の状態について

| | |
|---|---|
| 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ケ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 |

| 次の症状がありますか？ある場合、□にチェックをつけ（　　）に部位や程度をご記入ください。 | | | |
|---|---|---|---|
| □四肢欠損<br>（　　） | □手足等の麻痺<br>（　　） | □筋力の衰え<br>（　　） | □関節の拘縮<br>（　　） |
| □関節の痛み<br>（　　） | □失調・不随意運動<br>（　　） | □床ずれ<br>（　　） | □皮膚疾患<br>（　　） |

４　生活機能とサービスに関する意見

| 生活機能について教えてください。あてはまるものに□にチェックをつけてください | |
|---|---|
| ①屋外歩行 | □一人でできる　□介助があればできる　□していない |
| ②車いす | □使っていない　□自分で操作している　□他人に押してもらう |
| ③杖・手押し車等 | □使っていない　□屋外で使用している　□屋内でも使用している |
| ④食事 | □自分で（なんとか）食べられる　□全面的に介助してもらう |
| ⑤その他 | □尿もれ　□転倒しやすい　□意欲低下　□閉じこもり　□低栄養<br>□水等がむせやすい |

ご希望されること、生活でお困りのこと、担当医が分かりづらい家庭での生活の様子や直近の変化など、担当医に知ってもらいたいことがありましたらご記入ください。

| |
|---|
| |