

# 介護保険主治医意見書 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。	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新(今の介護度 ) <input type="checkbox"/> 区分変更 (今の介護度 )
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。	<input type="checkbox"/> 自由にできる(□遠くまで・□町内まで) <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> できない(□車いす・□寝たきり)
何らかの認知症を有しますか。	<input type="checkbox"/> 有しない <input type="checkbox"/> 見守りで自立(□家庭外のみ□家庭内でも) <input type="checkbox"/> 要介護(□日中□夜間) <input type="checkbox"/> たえず介護 <input type="checkbox"/> 要医療
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"/> なんとか <input type="checkbox"/> 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"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある
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( )

裏面へつづく

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
主に介護を行っているのは？	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 嫁 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 介護者の年齢 ( _____ )代

どのような介護サービスをご希望ですか

家庭を訪問するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
日帰りで通うサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
短期入所するサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
福祉用具の貸与 住宅の改修サービス	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給
その他	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 配食サービス
施設入所サービス	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 ( <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム)

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。

--