

介護保険要介護認定申請をする皆さまへ

介護保険 主治医意見書予診票

この予診票は、介護保険の要介護認定にあたって必要となる主治医意見書を作成するための参考資料とするものです。

要介護認定では、申請される方の普段の家庭での様子を把握することが特に重要です。答えられる範囲で構いませんので、次の点にご留意いただき、ご協力をお願いします。

- 1 予診票は、本人または普段の様子を把握しているご家族の方が記入してください（ケアマネジャー等に記入を依頼しないでください。）。
- 2 予診票は、介護保険要介護認定申請後、1週間程度を目安に主治医に提出してください。
- 3 記入方法や提出についてご不明な点がありましたら、主治医にお問合せください。

須賀川医師会・石川郡医師会

記入日： 年 月 日

申請者	〒 - 住所	電話 () -
	氏名	生年月日 年 月 日生 (歳)
記入者	氏名	申請者との続柄 ()

1 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
2 現在継続的に他の医療機関で診断・治療を受けていますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（医療機関名： 診療科名：)
3 日常生活の様子についてお聞きます。 <u>1つ選んでレ印をつけてください</u> <input type="checkbox"/> 日常生活上の支障はない。 <input type="checkbox"/> 交通機関等を利用して外出できる。 <input type="checkbox"/> 隣近所なら外出できる。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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。
4 物忘れの状態についてお聞きます。 <u>1つ選んでレ印をつけてください</u> <input type="checkbox"/> 特にない。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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。 <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。

(裏面に続きます)

5 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 よくある あまりない
- 自分一人の判断や意思で行動できますか できる 多少困難 見守りが必要 できない
- 自分の要求や意思を相手に伝えられますか できる 多少困難 具体的要求のみ できない

6 日常生活で問題となる行動についてお聞きます

- 実際に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 …… ある ない
- 実際になかったことをあったかのように言うことがありますか …… ある ない
- 昼間寝ている、夜間動き回ったり大声を出すことがありますか …… ある ない
- 家族や介護者に暴言を吐くことがありますか …… ある ない
- 家族や介護者に暴力を振るうことがありますか …… ある ない
- 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか …… ある ない
- 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 …… ある ない
- 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 …… ある ない
- 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 …… ある ない
- 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 ある ない
- 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 …… ある ない

7 身体の様子についてお聞きます

- 健康な時の利き腕はどちらですか 右 左
- 身長（ cm）体重（ kg）※おおよその数値で結構です
- 過去6ヶ月の体重変化がありますか 増加 維持 減少
- 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： ）
- 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： 状態 ）
- 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： 状態 ）
- 関節の痛みがあればご記入ください
（部位： 状態 ）
- 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： 状態 ）
- 床擦れがあればご記入ください
（部位： 状態 ）
- 皮膚病があればご記入ください
（部位： 状態 ）

8 現在の生活についてお聞きます

- 屋外を歩くことができますか …… できる 介助があればできる できない
- 車いすを使っていますか 使っていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
- 杖や歩行器または装具を使っていますか …… 使っていない 屋外で使用 屋内で使用
- 食事は自分で食べられますか …… 自分で食べられる 介助が必要
- 食べ物をスムーズに飲み込むことができますか できる 何とかできる できない
- 便や尿をもらすことがありますか …… 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ありませんか …… ない ある

9 その他、困っていることがありましたらご記入ください