

# 主治医意見書予診票



(近日中に市町村の訪問調査員による確認があります。)

申請者（患者）氏名	記載日	年	月	日（ ）
記載者 氏名	関係			

## ■経過・既往など

現在継続的に治療や診断を受けている病院・医院（診療所） がありますか？ 病院・医院（診療所）、診療科、病名	今までにかかったことのある病気について（手術した病気、 骨折、心臓発作、喘息、入院した時の病気などについて） いつ頃、病名
---	---

申請者の利き腕は（ 右 左 ） 、身長\_\_\_\_\_ cm 、体重\_\_\_\_\_ kg（おおよそで結構です）

## ■心身の状態に関すること [寝たきり度]（障害老人の日常生活自立度の参考になる）

① 1人で外出（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）]

障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2（主治医用）

② 何らかの認知機能の障害を有しますか？

[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） ・ たえず要介護]

認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M（主治医用）

③ 認知症の中核症状についてお尋ねします。

1. ひどい物忘れはありますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
2. 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]
3. 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 ・ 伝えられない]

④ 認知症の周辺状況についてお尋ねします。

1. 実際にないものが見えたり聞こえたりするようなことがありますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
2. 実際になかったことをあったように言うことがありますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
3. 昼夜が逆転していませんか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
4. 介護に抵抗または拒絶することがありますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
5. 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？ [ある ・ ときどき ・ ない]
6. ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
7. 排便後、便器の中をもてあそびますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]
8. 本来、食べられないようなものを食べたり口に入れることがありますか？ [ある ・ ときどき ・ ない]

## ■身体の状態

1. 手・足・指などに欠損はありませんか？ [ある（部位） ・ ない]
2. 麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？ [ある（部位） ・ ない]
3. 関節が動きにくく不自由なところがありますか？ [ある（部位） ・ ない]
4. 関節の痛みはありますか？ [ある（部位） ・ ない]
5. 自分の意志ではない体の動きはありますか？ [ある ・ ない]
6. 床ずれ（褥瘡）がありますか？ [ある ・ ない]
7. 皮膚の病気を持っていますか？ [ある ・ ない]

## ■生活機能

1. 屋外で歩けますか？ [歩ける ・ 介助で ・ 歩けない]
2. 車いすは使用していますか？ [用いていない ・ 自分で操作 ・ 他人が操作]
3. 杖などを使用していますか？ [用いていない ・ 屋外で ・ 屋内で]
4. 入浴について [自分で出来る ・ 介助を要す ・ できない]
5. 排泄について [自分で出来る ・ トイレ誘導 ・ オムツ等使用]  
(他 )

## ■栄養・食生活

1. 食事は自分でできますか？ [できる ・ 何とか ・ できない]
2. 体重は増加傾向ですか？ [増加傾向 ・ 変わらない ・ 減少傾向]
3. むせますか？ [むせない ・ むせる]

■日常生活をする上で、不便・不自由・困難なことについてお書きください。

■現在、介護する家族が困っていることがあればお書きください。

ご家族の皆様へ

□介護保険で受けられるサービスは概ね以下のようなものがあります。

詳しくは介護支援専門員（ケアマネジャー）、主治医（かかりつけ医）に相談ください。

- ・ 家庭を訪問するサービス
- ・ 日帰りで通うサービス
- ・ 短期間入所するサービス
- ・ 施設に入るサービス
- ・ 福祉用具の貸与、住宅の改修サービス
- ・ 地域密着型サービス

□本人に合ったサービスを利用することにより、生活機能の改善が期待されます。

※コピーしてご自由にお使い下さい。