

介護保険・主治医意見書予診票

これは、主治医意見書作成に際し、申請者の方の状態をより正確に把握するための予診票です。
以下の質問について、答えられる範囲で、ご家族か日頃の生活をご存知の方がご記入下さい。

患者氏名	様	現在の介護度	認定前・支1・支2 介1・介2・介3・介4・介5
		記入日	年 月 日
	生年月日 T・S 年 月 日 (歳)	記入者	家族(続柄:)・その他()

1. 介護保険を申請した主な理由は何ですか？
(手足が不自由・寝たきり・ひどい物忘れ・ その他)
2. 申請者の状態は6ヶ月前と比べてどうですか？ (安定している ・ 不安定)
不安定の場合、どのような点が不安定ですか？ ()
3. 日常生活は表のどの状態ですか？あてはまる項目の口に✓印をつけてください。

正常	<input type="checkbox"/> 日常生活上の支障はない。
自立歩行はできる (杖歩行含む)	<input type="checkbox"/> 交通機関等を利用して付き添いなしで1人で外出できる。 <input type="checkbox"/> 隣近所なら付き添いなしで1人で外出できる。
介助歩行	<input type="checkbox"/> 付き添いがあれば外出できる。家ではほとんどベッドから離れて生活をしている。 <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。
車いす生活	<input type="checkbox"/> 1人で車いすに乗り移る事ができる。食事、排尿・排便はベッドから離れて行う。 <input type="checkbox"/> 1人では車いすに乗り移ることができない。
寝たきり生活	<input type="checkbox"/> 排尿・排便、食事、着替え等で介助を要する。寝返りは自力でできる。 <input type="checkbox"/> 生活全般に介助を要する。自力では寝返りも出来ない。

以下の質問には、ご本人以外の方がご記入ください。

4. もの忘れの状態についてお聞きします。当てはまる項目を選んで 口に✓印をつけてください。
 - 特にない。
 - 話しがくどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。
 - 道に迷うとか、買い物など今まで出来ていたことにミスが目立つようになってきた。
 - 電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活は何とかできる。
 - 一人で着替え・食事・排尿・排便がうまくできず、時間がかかる。用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられない物を口にいれたり、大声や奇声をあげたりして、注意しても理解できないことがある。
 - 前記の状態が、週に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。
 - 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。
5. 理解や記憶についてお聞きします。(あてはまると思われる方を○で囲んで下さい)
 - ・ 10分前に食べた食事の内容を覚えていますか？(覚えている ・ 覚えていない)
 - ・ 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 ・ 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)

★裏面もご記入ください

6. 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。

- ・実際に見えないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか? (ある・時々・ない)
- ・実際に無かったことをあったかのように言うことがありますか?
(例えば、お金や大切な物が盗られたとか無くなったと言う等) (ある・時々・ない)
- ・昼間寝ていて、夜中に動き回ったり大声を出すことがありますか? (ある・時々・ない)
- ・家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力をふるうことがありますか? (ある・時々・ない)
- ・介護に抵抗したり、または拒否をすることがありますか? (ある・時々・ない)
- ・目的も無く動き回ったり外出したり(徘徊)することがありますか? (ある・時々・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・時々・ない)
- ・便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか? (ある・時々・ない)
- ・食べられないものを食べたりすることがありますか? (ある・時々・ない)
- ・ひわいな言動がありますか? (ある・時々・ない)

7. 身体の様子についてお聞きします。(あてはまると思われる方を○で囲んで下さい)

- ・健康なときの利き手はどちらですか? (右・左)
- ・身長(cm)体重(kg)ここ半年で体重の変化はありますか? (減・増・変化なし)
- ・手・足・指などに欠損がありますか? (ある・ない)
- ・麻痺がありますか? (ある・ない)
- ・体に力が入らず不自由なことがありますか? (ある・ない)
- ・関節の動きが悪かったり、関節の痛みで不自由なところがありますか? (ある・ない)
- ・自分の意思に反した体の動き(ふるえなど)がありますか? (ある・ない)
- ・床ずれ(じょくそう)がありますか? (ある・ない)
- ・皮膚病がありますか? (ある・ない)

8. 現在の介護の様子をお聞きします。(あてはまると思われる方を○で囲んで下さい)

- ・屋外の歩行は一人でできますか? (できる・できない・助けが必要)
- ・車椅子を使用されている方は自分で動かせますか? (できる・できない)
- ・杖や押し車・装具を使用していますか? (使用している・使用していない)
- ・食事は自分で食べられますか? (できる・できない)
- ・おしっこをおもらしすることがありますか? (ある・ない)
- ・転倒したり、体の動きがわるくなったりしていますか? (ある・ない)
- ・体を動かすと息苦しいことがありますか? (ある・ない)
- ・家にとじこもる、意欲の低下などがありますか? (ある・ない)
- ・食事のときに、むせることはありますか? (ある・ない)
- ・時々熱が出ることはありますか? (ある・ない)

9. 現在利用中のサービス、今後利用したいサービスすべてに✓印をつけてください。

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣(訪問介護) |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 入浴サービス | <input type="checkbox"/> デイサービス |
| <input type="checkbox"/> デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 | | |
| <input type="checkbox"/> 配食サービス | <input type="checkbox"/> 住宅改修(具体的に→ | |) |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与や購入(具体的に→ | | |) |
| <input type="checkbox"/> 施設入所(短期も含む) | | | |

10. ご本人・ご家族の希望する事や困っている事があればできるだけ具体的に記入してください。
(すでに介護度をお持ちの方は、前回の申請時の状態と今回を比較して、どの様に変ったかをお書き下さい。)