

介護保険・主治医意見書作成のための予診票

この予診票は、主治医が「主治医意見書」の作成に際し、申請者の方の日頃の状況をより正確に把握するために活用するものです。以下の質問について、答えられる範囲で記入をお願いします。

申請者	被保険者番号	
	〒 ー	
	明・大・昭 年 月 日生 歳	
記入者	連絡先 ()	
	申請者との関係 ()	
	記入日	令和 年 月 日

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. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか？

病名・症状	病院・診療所名	診療科名	いつから

3. 今までにかかった主な病気や手術がありますか？

病名・手術名 など	いつ頃
	昭和・平成・令和 年 月頃 ・ 不明

4. 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）
不安定に○をした方 どのような点が不安定ですか？ ()

5. 下記の中に、ここ2週間で受けた医療があれば□に印をつけてください。

点滴 透析 人工肛門の処置 酸素療法 経管栄養 気管切開の処置
膀胱カテーテル留置（尿を出す管を入れること）

6. 日常の生活の様子についてお聞きします。1つ選んで□に印をつけてください。

【正常】

日常生活上の支障はない。

【自立歩行（杖使用）】

交通機関等を利用して外出できる。(J1)

隣近所なら外出できる。(J2)

【介助歩行】

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している。(A1)

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。(A2)

【車いす生活】

自分ひとりで車いすに乗り移ることができ、食事、排尿・排便はベッドから離れて行う。(B1)

介助がなければ車いすに乗り移ることができない。(B2)

【寝たきり生活】

排尿・排便、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてる。(C1)

生活全般に介助を要する。自力では寝返りもできない。(C2)

《裏面もありますのでご記入をお願いします》

申請者名

7. 物忘れの状態についてお聞きします。1つ選んで□に印をつけてください。

- 特にない
- 話がくどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない(I)
- 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(IIa)
- 電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活は何とかなできる(IIb)
- 日中を中心に、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(IIIa)
- 前記の状態が夜間を中心に週に1回以上あり、注意しても理解できないことがある(IIIb)
- 前記のような状態で日常生活に支障があり、意志疏通の困難さが頻繁にみられ常に介護が必要(IV)
- 著しい精神症状や問題行動が昼夜問わずあり、常に目が離せない(M)

8. 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)

9. 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。

- ・実際に無いものが見えたり、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ことがありますか？) (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、撒き散らしたりすることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ ない)
- ・食べ物ではない物を食べてしまうことがありますか？ (ある ・ 時々 ・ ない)
- ・ひわいな言動がありますか？ (ある ・ 時々 ・ ない)

10. 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)

- ・話すことはスムーズにできますか？ (できる ・ できない)
- ・健康なときの利き腕はどちらですか？ (右 ・ 左)
- ・身長 (c m) 体重 (k g)
ここ半年の体重の変化はhowですか？ (増加 ・ 維持 ・ 減少)
- ・手・足・指などに欠損がありますか？ (ない ・ ある→部位：)
- ・麻痺や身体に力が入らず不自由なことがありますか？ (ない ・ ある→部位：)
- ・関節の動きが悪かったり、関節の痛みがありますか？ (ない ・ ある→部位：)
- ・自分の意志に反した体の動き(ふるえなど)がありますか？ (ない ・ ある→部位：)
- ・床ずれ(じょくそう)がありますか？ (ない ・ ある→部位：)
- ・皮膚病がありますか？ (ない ・ ある→部位：)

《予診票はもう1枚あります。ご記入をお願いします》

申請者名

11. 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)

- ・屋外の歩行はどのようにしていますか？ (□1人で □介助があればしている □していない)
- ・車椅子はどのように使用されますか？
(□使用していない □主に自分で操作している □主に他者が操作している)
- ・歩行補助具や装具について (□使用していない □屋外で使用 □屋内で使用)
- ・食事はどのように食べていますか？ (□自分で食べられる □他者に介助してもらい食べている)
- ・食べ物をスムーズに飲み込むことができますか？ (できる ・ できない)
- ・一人で着替えができますか？ (できる ・ 一部介助があればできる ・ できない)
- ・一人で入浴ができますか？ (できる ・ 一部介助があればできる ・ できない)
- ・一人で排尿・排便ができますか？ (できる ・ 一部介助があればできる ・ できない)
- ・掃除が自分でできますか？ (できる ・ できない)
- ・薬・金銭の管理が自分でできますか？ (できる ・ できない)

12. 下記の中で現在あるもの全てに印をつけてください。

- 尿をもらす よく転ぶ 杖、老人車を使用している 家にとじこもる
- 意欲がない 食事量が少ない よくむせる 身体に強い痛みがある

13. 利用したい介護サービスすべてに印をつけてください。

- 訪問診療 訪問看護 ヘルパー派遣 (訪問介護) 訪問歯科診療
- 訪問リハビリテーション デイケア (施設での日帰りリハビリテーション) 配食サービス
- 入浴サービス 住宅改修 福祉用具の貸与や購入 デイサービス
- 施設入所

14. 希望することや困っていることなどがあれば記入してください。

(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。)

予診は以上です。ご記入ありがとうございました。

亀山市立医療センター