

主治医意見書作成のための予診票

記入日 年 月 日

- ・この「予診票」は、要介護認定に必要な「主治医意見書」を作成するために、主治医が申請者（患者）の日常生活の様子をおたずねするものです。
- ・申請者（患者）又は、家族の方が記入して、介護保険の認定申請書に添付して下さい。
- ※介護サービス事業者の記入はなるべくおやめください。

大竹市医師会

申請者（患者）氏名 _____ 記入者氏名 _____ 関係 _____

1. 主治医以外への受診がありますか？ 有 無
〈有の場合〉 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他（ _____ ）

2. 身体の状態について

利き腕	<input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き
身長	_____ c m
体重	_____ k g （過去6ヶ月での体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 減少）
食事	〈現在の食欲〉 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 〈栄養状態〉 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
欠損	手・足・指など体の一部になくなったところがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____ ）
麻痺	体の一部が麻痺していたり、不自由なところがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____ ）
関節	関節の痛みが強いところがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____ ）
	関節がかたくなって動きにくいところがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____ ）
皮膚	床ずれ（じょく瘡）がありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____ ）
	皮膚の異常（湿疹・かゆみなど）がありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位 _____ ）

3. 生活機能について

屋内の歩行について	<input type="checkbox"/> 一人で歩いている <input type="checkbox"/> つかまるものが必要 <input type="checkbox"/> 歩いていない
屋外の歩行について	<input type="checkbox"/> 一人で歩いている <input type="checkbox"/> 介助されて歩いている <input type="checkbox"/> 歩いていない
車イスの利用について	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 自分で操作して使用 <input type="checkbox"/> 他人に押しってもらう
杖や押し車の利用について	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
食事について	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> やや難しく手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要
食物や水分の飲込みについて	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> できない
お風呂での洗身について	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要
紙おむつの利用について	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> ときどき使用 <input type="checkbox"/> 常に使用
排尿・排便の漏れについて	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
排尿・排便の後始末について	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要
衣服の着脱について	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要
のみ薬の服用の管理について	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要
金銭の管理について	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要

4. 日常生活の自立の程度は、次のどのレベルにあたると思いますか？あてはまるものに○をして下さい。

	日常生活は何とか自分ででき、外出も一人でできる。
	家の中の生活は、自分でできるが、外出する時には手助けが必要。
	家の中の生活に手助けが必要。歩くのは難しいが、食事や排泄はベッドから離れて行う。
	一日中ベッドで過ごし、食事・排泄・着替えに介助が必要。

5. もの忘れの程度は、次のどのレベルにあたると思いますか？あてはまるものに○をして下さい。

	もの忘れはない。
	時々もの忘れがあるが、日常生活には困らない。
	もの忘れが目立つが、周囲に迷惑をかけることはない。
	もの忘れがひどく、注意していないと周囲に迷惑をかける。
	もの忘れがひどく、常に見守りや声かけを必要としている。
	精神的異常や問題行動が多く、専門医療の受診・治療を必要としている。

6. 次に示す症状の中で、申請者によくある場合は○、ときどきある場合には△、ない場合は×を記入して下さい。

	いつも同じことを言ったり、聞いたりする。
	大切なものをなくしたり、置き忘れてりする。
	薬ののみ忘れや、のみ方の間違いがある。
	自分のいる所がわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりする。
	実際にはなかったことを、あったように言う。(お金とか大切なものが盗られた・なくなった等)
	実際にはないものが、見えたり聞こえたりする。
	昼間に寝ていることが多く、夜になると動き回ったり、大声を出したりする。
	今までになかった暴言を吐いたり、暴力を振るったり、介護に抵抗をしたりする。
	目的もなく外出して、家に帰れなくなる。(徘徊する)
	火の消し忘れや鍋をこがす等、火の不始末がある。
	排便後に便を触ったり布団や壁につけたりする不潔な行為がある。
	本来食べられないようなものを食べたり、口に入れたりすることがある。
	性的なめいわく行為をすることがある。

7. 日常の生活や介護にあたって、困っていることや要望などご自由にお書き下さい。

ありがとうございました。