**主治医意見書作成のための予診票**

|  |
| --- |
| これは介護保険の認定審査に必要な「主治医の意見書」を作成するための予診票です。主治医が申請者（患者さん）の現状を正確に知るためのものです。お手数ですが、以下の質問にお答えください。 |

記入日：令和　　年　　　月　　　日　　　　受診予定日　　　　月　　　　日頃

申請者氏名（本人）　　　　　　　　　　　　記載者氏名　　　　　　　　　 　　（本人との関係）

1．認定申請書に記入した医師以外に、診察や診療を受けている病院(医師)がありますか。

　□あり　　　□なし

　　**↓**

* 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．今までかかった大きな病気やケガはありますか。（例…心臓発作・喘息・骨折・手術 等）

病名・手術名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年　　　月頃　・　不明）

病名・手術名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年　　　月頃　・　不明）

病名・手術名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年　　　月頃　・　不明）

3．日常の生活の様子や身体の状態についてお伺いします。一番近いものを１つ選んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 自立 | □ 体の不自由はなく、日常生活上に支障はない |
| ひとりで外出(杖など使用) | □ 電車・バス等を利用してひとりで外出している(J１) |
| □ 隣近所なら、ひとりで買い物や老人会の参加などで外出できる(J2) |
| 介助歩行 | □ 家の中ではおおむね自立。介助があれば外出でき、日中はベッドから離れて生活する(A1) |
| □ 家の中ではおおむね自立。外出頻度は少ない。寝たり起きたりの生活をしている(A2) |
| 車いす生活 | □ 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(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 |  １日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替え等において介助が必要。□ 自分で寝返りがうてる(C1) |
| □ １日中ベッドで過ごし、生活全般に介助が必要。自分では寝返りできない(C2) |

4．物忘れの状態についてお聞きします。一番近いものを１つ選んでください。

□

|  |
| --- |
| □ 物忘れや気になる言動はなく、認知症症状はみられない。 |
| □ 時々物忘れなどはあるが、年相応で日常生活に支障はない(Ⅰ) |
| □ 日常的な判断はできるが、買い物や金銭管理など、今までできていたことが難しくなってきた(Ⅱａ) |
| □ 服薬管理や電話の対応などができないが、誰かが注意していれば日常生活はなんとか自立できる(Ⅱｂ) |
| 着替え・排泄・食事がうまくできない。日中、理由もなく外へ出歩いたりしてしまう。注意しても理解できないことがある(Ⅲａ) |
| □ 上記の状態が、夜間に多くあり、家族が夜に起こされる。注意しても理解できないことがある(Ⅲｂ) |
| □ 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。常に介護を必要とし、意思疎通が困難(Ⅳ) |
| □ 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえず、専門医の治療が必要(Ｍ) |

5．日常生活の判断について、理解や記憶についてお聞きします

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ついさっきのことを忘れる | □ ない | □ ある |  |
| 日々の生活で、自分のことは自分で決めることができる | □ できる | □ いくらか困難 | □ 介助が必要 | □ 判断できない |
| 自分の意見を伝える | □ できる | □ いくらか困難 | □ | 具体的なものに限られる | □ 伝えられない |

Ｒ２．５

✿ 裏面にもご記入をお願いします

6．日常生活での様子や、身体の様子についてお聞きします。

|  |  |
| --- | --- |
| ①実際にないものが見えたり聞こえたりする（幻覚・幻聴） | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ②実際になかったことをあったように言う(妄想) | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ③日中に寝て夜中に起きている（昼夜逆転） | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ④家族や周囲の人に暴言を言う | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑤家族や周囲の人に暴力をふるう | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑥介護に抵抗する | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑦一人で出て行って帰ってこられない | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑧火の消し忘れや鍋を焦がすことがある | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑨便をさわったりする | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑩食べられないものを食べたり，食べようとする | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |
| ⑪性的な迷惑行為をする | □ ない　　□ ときどきある　　□ ある |

|  |  |
| --- | --- |
| ①利き手はどちらですか | * 右 　□ 左

✿わからない場合は『不詳』とご記入ください |
| ②身長　（　　　　　cm　・ □ 不詳 　）　※おおよそで結構です |
| ③体重　（　　　　　kg　 ・ □ 不詳 　）　　 半年間の体重の変化　□ 増加　□ 変わらない　□ 減少 |
| ④手・足・指など一部が失われている部分はありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |
| ⑤麻痺（まひ）がありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |
| ⑥筋力が低下している部分はありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |
| ⑦関節が動きにくい部分はありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |
| ⑧関節の痛みはありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |
| ⑨床ずれはありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |
| ⑩皮膚の病気（皮膚炎・水虫など）がありますか | □ ない　□ある【 部位： 】 |

|  |  |
| --- | --- |
| 屋外での歩行 | 　　 　　　　　　　　　 □ 一人で可能□ していない見守りや介助があればできる□ |
| 車いすの使用 | □ 使っていない　□ 自分で操作できる　　　□ 他の人が操作している |
| 杖・歩行器などの使用 | □ 使っていない　□ 杖　□ シルバーカー　□ 歩行器□ 補装具　□ その他(　　　　　　　　)□ 屋外で使用　　　　　　 □ 屋内で使用 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食事 | □ 自分で食べる | □ 一部手助けが必要 | □ すべて介助 |
| 食欲 | □ 旺盛 | □ 普通 | □ 不良 |
| 食べ物や飲み物の飲み込み | □ できる | □ むせやすい | □ できない |
| 排泄の方法 | □ トイレ | □ ポータブルトイレ | □ 紙パンツ・オムツ |
| お風呂に入って体を洗う | □ 自分でできる | □ 手助けや見守りが必要 | □ すべて介助 |
| 衣服の着脱 | □ 自分でできる | □ 手助けが必要 | □ すべて介助 |

8．その他　困っていることや主治医に伝えたいことがあれば、記入してください。

・傷病の経過や予後（安定性）・傷病の特性とそれをふまえた必要な介護・要介護状態の軽減や悪化防止のために必要な療養に関する意見などがあれば知りたいです。　　　□はい　□いいえ