

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	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 電車・バス等を利用してひとりで外出している(J1)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 物忘れや気になる言動はなく、認知症症状はみられない。
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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(II a)
<input type="checkbox"/> 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(II b)
<input type="checkbox"/> 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(III a)
<input type="checkbox"/> 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(III b)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
自分の意見を伝える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的なものに限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない

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

①利き手はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	☆わからない場合は 『不詳』とご記入ください
②身長（ cm ・ <input type="checkbox"/> 不詳 ） ※おおよそで結構です		
③体重（ kg ・ <input type="checkbox"/> 不詳 ）		
➡ 半年間の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減少		
④手・足・指など一部が失われている部分がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	
⑤麻痺（まひ）がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	
⑥筋力が低下している部分がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	
⑦関節が動きにくい部分がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	
⑧関節の痛みはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	
⑨床ずれはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	
⑩皮膚の病気（皮膚炎・水虫など）がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【 部位： 】	

屋外での歩行	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 見守りや介助があればできる <input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 自分で操作できる <input type="checkbox"/> 他の人が操作している
杖・歩行器などの使用	<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 ➡ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他()

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

.....