

# 介護保険主治医意見書 予診票

青森市立浪岡病院

この予診票は、主治医が申請者（患者）の日頃の生活状態を知り、要介護認定にあたって必要な「主治医意見書」をより正確に作成するための参考資料となります。

**日頃の生活状態が分かるご家族等（またはご本人）が記入し、受診予約日の当日までに浪岡病院へご提出ください。**

※当日、記入されていない場合は、来院されてからご記入をお願いします。

※主治医への提出については、ご本人・ご家族等の同意が必要です。

記入日 年 月 日

申請者（患者） 氏名	生年月日	大正 昭和	年	月	日
記入者 氏名	記入者 電話番号	-	-		
続柄	本人・家族・施設職員・ヘルパー・ケアマネ・その他( )				

1	浪岡病院以外に、現在、治療を受けている病院がありますか。	医療機関名 ( ) ( )
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (右欄へ→)	診療科 ( ) ( )
		病名 ( ) ( )
		いつ頃から ( 年 月頃から) ( 年 月頃から)

2	今までにかかった大きな病気はありますか。(例：骨折、心臓発作、喘息、手術など)	いつ頃・病名
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (右欄へ→)	※前回、浪岡病院で意見書を作成した時から変化なし⇒ <input type="checkbox"/> 記入省略

日常生活の様子についてお聞きします。一番近いもの**1つだけに** チェック  をつけてください。

3	体の不自由なところはなく、日常生活は自立している。	<input type="checkbox"/>	(自立)
	多少不自由はあるが、1人で電車・バスに乗り外出できる。	<input type="checkbox"/>	(J1)
	多少不自由はあるが、隣近所なら外出できる。	<input type="checkbox"/>	(J2)
	屋内では自立し、日中もベッドから離れており、介助があれば外出できる。	<input type="checkbox"/>	(A1)
	屋内では自立しているが、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりしている。	<input type="checkbox"/>	(A2)
	屋内でも介助が必要で、寝たり起きたりの生活だが、食事・トイレはベッドから離れて行く。	<input type="checkbox"/>	(B1)
	屋内でも介助が必要で、寝たり起きたりの生活をし、自力でベッドから移動できない。	<input type="checkbox"/>	(B2)
	一日中ベッドで過ごし、排泄・食事・着替に介助を要するが、自力で寝返りはできる。	<input type="checkbox"/>	(C1)
一日中ベッドで過ごし、排泄・食事・着替に介助を要し、自力で寝返りできない。	<input type="checkbox"/>	(C2)	

もの忘れ等の状態についてお聞きします。一番近いもの**1つだけに** チェック  をつけてください。

4	特に問題なく日常生活が送れている。	<input type="checkbox"/>	(自立)
	多少の物忘れはあるが、日常生活はほぼ自立している。	<input type="checkbox"/>	(I)
	家庭内では問題ないが、外出先での買い物や金銭管理が不安である。	<input type="checkbox"/>	(II a)
	家庭内でも薬の管理や電話対応、一人での留守番が不安である。	<input type="checkbox"/>	(II b)
	排泄・食事・着替などが上手にできず、意思疎通も困難で日中を中心に介護が必要である。	<input type="checkbox"/>	(III a)
	排泄・食事・着替などが上手にできず、意思疎通も困難で夜間を中心に介護が必要である。	<input type="checkbox"/>	(III b)
	排泄・食事・着替などが上手にできず、意思疎通も困難で昼夜問わず常に目が離せない。	<input type="checkbox"/>	(IV)
妄想、興奮、問題行動があり意思疎通ができない。	<input type="checkbox"/>	(M)	

裏面もご記入願います

日常生活で問題となる行動についてお聞きします。		チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	
5	直前のことを忘れていませんか。(短期記憶)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
	日常生活を自分ひとりの判断や意思でできますか。(意思決定)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない
	要求や気持ちを上手に伝えられますか。(意思伝達)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない

以下のうち、症状があるものすべてにチェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。(複数回答可)					
6	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行
	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行動	<input type="checkbox"/> 異食行動
	<input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> その他(具体的に: )			<input type="checkbox"/> 該当なし

体の状態についてお聞きします。		チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	
7	利き腕はどちらですか。	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き
8	身長と体重をご記入ください。(わかる場合は記入)	身長	c m   体重 k g
9	ここ6か月間で体重の変化はありましたか。	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減った
10	手・足・指等に欠損はありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
11	麻痺(まひ)がありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
12	力が入らず、不自由なところがありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
13	関節が動きにくく、不自由なところがありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
14	自分の意思ではない体の動きはありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
15	床ずれ(じょくそう)はありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
16	皮膚の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ある(部位: )	<input type="checkbox"/> ない
17	外を歩くことはありますか。	<input type="checkbox"/> 一人で歩く	<input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩かない
18	日常生活で、車いすを使っていますか。	<input type="checkbox"/> 使わない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作する <input type="checkbox"/> 他の人が操作する
19	杖や歩行器などを使っていますか。	<input type="checkbox"/> 使わない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
20	食事は自分でできますか。	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
21	食事中にむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
22	便や尿をもらす(便意や尿意がわからない)ことはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

23	主に介護を行っているのはどなたですか。	<input type="checkbox"/> 誰もいない <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子の妻 <input type="checkbox"/> その他( )
----	---------------------	---

どのようなサービスを希望していますか。 チェック <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。(複数回答可)	
24	<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"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ⇒ 介護用ベッド・車いす・その他(具体的に: ) <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス(具体的に: )

\* その他、介護をしていて困っていること、主治医に伝えておきたいことなどあれば記入してください。