

介護保険 主治医意見書事前問診票

記入日: 年 月 日

ふりがな		住所	電話
本人氏名			生年月日 年 月 日 歳
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現在の介護度	<input type="checkbox"/> なし ・ 要支援() ・ 要介護()	
記入者続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他		記入者氏名
担当ケアマネジャーは?	<input type="checkbox"/> いる 事業所名() <input type="checkbox"/> いない 担当者名()	記入者連絡先 同意欄 <small>上記記入者が記入提出する事に同意します (ご本人ご家族が記入した場合は不要)</small>	
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	*ある場合は、あてはまるものすべてに☑をご記入ください	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()			
今回の申請	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更	申請の理由について、あてはまるものすべてに☑をご記入ください	
<input type="checkbox"/> 今回は更新申請で、前回の状況と変化はない。 <input type="checkbox"/> 更新申請だが、下記のように状況に変化がある。			
<input type="checkbox"/> 立ち上がりや歩行が不安定で転びやすい <input type="checkbox"/> 筋力、移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 尿漏れ、失禁が増えた <input type="checkbox"/> 家から出ない <input type="checkbox"/> 家事ができなくなった <input type="checkbox"/> お風呂に入れない <input type="checkbox"/> 薬の管理ができない <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 介護負担が増えた <input type="checkbox"/> ベッドを借りたい <input type="checkbox"/> 家を整えたい(段差や手すり等) <input type="checkbox"/> その他()			
生活の状況について、あてはまるものに☑をご記入ください			3-(1)
<input type="checkbox"/> お体に不自由なところはない 左端に☑が付いたら⇒の右のどちらか近い方に☑をご記入下さい			
<input type="checkbox"/> 何らかの不自由はあるが、一人で外出できる		⇒ <input type="checkbox"/> 一人でバスや電車を利用できる(J1)	<input type="checkbox"/> 隣近所なら外出できる(J2)
<input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立している		⇒ <input type="checkbox"/> 介助者と外出する(A1)	<input type="checkbox"/> 寝たり起きたりで外出は少ない(A2)
<input type="checkbox"/> 座ることはできるが、ベッド上での生活が主体		⇒ <input type="checkbox"/> 車いすに自分で乗れる(B1)	<input type="checkbox"/> 車いすに自分で乗れない(B2)
<input type="checkbox"/> ほぼ寝たきりで、座ることもできない		⇒ <input type="checkbox"/> 自分で寝返りできる(C1)	<input type="checkbox"/> 自分では寝返りできない(C2)
物忘れや気になる言動について、あてはまるものに☑をご記入ください			3-(1)
<input type="checkbox"/> 物忘れや気になる言動はなく、日常生活は特に問題ない			(O)
<input type="checkbox"/> 何らかの認知症状はあるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している			(I)
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが家庭外でみられるが、誰かが注意していれば自立できる(例:道に迷ったり、買い物で計算ができない等)			(IIa)
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが家庭内でみられるが、誰かが注意していれば自立できる(例:服薬管理や電話や来客の対応ができないなど、一人で留守番ができない等)			(IIb)
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが日中を中心にみられ介護を必要とする			(IIIa)
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが夜間を中心にみられ介護を必要とする			(IIIb)
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする			(IV)
<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医の治療が必要(例:暴力行為等)			(M)
記憶や意思について、近いものに☑をご記入ください			3-(2)
少し前(5分~10分前)のことについて思い出せますか	<input type="checkbox"/> 思い出せる	<input type="checkbox"/> 思い出せない	短期
物事の判断や決断ができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	認知
	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない	
自分の意思を伝えることができますか	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	伝達
	<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input type="checkbox"/> 伝えられない	

日常生活で次のような行動はありますか？ あてはまるものすべてに☑をご記入ください 3-(3)

☐あてはまるような行動はない	☐あてもなく歩き回る。外に出て帰れなくなる
☐存在しないものが見えたり、音が聞こえたりする	☐火の消し忘れがある
☐物を盗られたなどの被害妄想がある	☐便をいじったり、おむつを外したりする
☐昼と夜が逆転している	☐食べ物ではない物を食べたり、口に入れたりする
☐すぐに怒ったり、暴言や暴力を振るう	☐性的な問題行動がある
☐介護に抵抗する	☐その他()

精神的なことで、ご本人が困っていることはありますか？ある場合は、具体的に困っていることをご記入ください 3-(4)

☐精神的な困りごとはない ☐精神的な困りごとがある ()

上記の症状で、病院を受診しましたか ☐受診した(病院名:) ☐受診していない ☐わからない

お体の状況について、あてはまるものすべてに☑をご記入ください ある場合は部位をご記入ください 3-(5)

利き腕	☐右 ☐左	身長	cm	体重	kg : 半年前と比べ2kg以上 ☐増えた ☐減った ☐変化なし
手、足、指の欠損		☐ない ☐ある: 部位()			
麻痺		☐ない ☐ある: 部位()			
筋力の低下		☐ない ☐ある: 部位()			
関節の拘縮(動かない、動きにくい等)		☐ない ☐ある: 部位()			
関節の痛み		☐ない ☐ある: 部位()			
しびれ・ふるえ		☐ない ☐ある: 部位()			
褥瘡(床ずれ)		☐ない ☐ある: 部位()			
その他皮膚疾患		☐ない ☐ある: 部位()			

日常生活について、あてはまるものに☑をご記入ください 4

屋外歩行は : ☐一人でしている ☐介助によりしている ☐していない(できない) 4-(1)

車いすは : ☐使用していない ☐自分で操作して使用している ☐主に他の人が操作して使用している 4-(1)

歩行器や杖について : ☐使用していない ☐屋外で使用している ☐家の中で使用している 4-(1)

食事について : ☐自立ないし何とか自分で食べられる(見守り含む) ☐全面介助が必要 4-(2)

栄養や食生活について: ☐栄養状態は良好 ☐栄養状態が不良: 具体的に())

利用を希望する(継続を含む)サービスはありますか？あてはまるものすべてに☑をご記入ください 4-(5)

☐訪問診療 ☐訪問看護(相談支援含む) ☐訪問歯科診療 ☐訪問薬剤管理指導 ☐訪問リハビリテーション

☐短期入所療養介護 ☐訪問歯科衛生指導 ☐訪問栄養食事指導 ☐通所リハビリテーション ☐訪問介護 ☐訪問入浴

☐デイサービス ☐福祉用具貸与、購入 ☐住宅改修 ☐施設入所 ☐その他()

困っていることや先生に相談したいこと、希望すること等があれば具体的に記入ください