介護保険・主治医意見書予診票　　　　　監修：諫早医師会

これは、主治医意見書作成に際し、申請者の方の状態をより正確に把握するための予診票です。

以下の質問について、答えられる範囲で、ご家族か日頃の生活をご存知の方がご記入下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 様 | | 現在の  介護度 | 要支援１ |
| 記入日 | 令和3年12月19日 |
| 生年月日 | 大正　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） | 記入者 | 家族（続柄:　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　） |

1. **介護保険を申請した主な理由は何ですか?**

手足が不自由・寝たきり・ひどい物忘れ・その他（　　　　　　　　　　　　　　）

1. **申請者の状態は６ヶ月前と比べてどうですか?** （　安定している　・　不安定　）

不安定の場合、どのような点が不安定ですか?（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **日常生活は表のどの状態ですか？あてはまる項目の□に✓印をつけてください**

|  |  |
| --- | --- |
| 正　常 | 日常生活上の支障はない。 |
| 自立歩行できる  　(杖歩行含む) | 交通機関等を利用して付き添いなしで１人で外出できる。  隣近所なら付き添いなしで１人で外出できる。 |
| 介助歩行 | 付き添いがあれば外出できる。家ではほとんどベッドから離れて生活している。  外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 |
| 車いす生活 | １人で車いすに乗り移る事ができる。食事、排尿･排便はベッドから離れて行う。  １人では車いすに乗り移ることができない。 |
| 寝たきり生活 | 排尿・排便、食事、着替え等で介助を要する。寝返りは自力でできる。  生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない。 |

1. 以下の質問には、ご本人以外の方がご記入ください。

もの忘れの状態についてお聞きします。当てはまる項目の□に✓印をつけてください。

特にない。

話しがくどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。

道に迷うとか、買い物など今まで出来ていたことにミスが目立つようになってきた。

電話や訪問者との対応などー人で留守番ができないが、日常生活は何とかできる。

人で着替え・食事・排尿・排便がうまくできず、時間がかかる。

用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられない物を□にいれたり、

大声や奇声をあげたりして、注意しても理解できないことがある。

前記の状態が、週に１回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある。

著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。

1. 理解や記憶についてお聞きします。（あてはまると思われる方を○で囲んで下さい）

　・10分前に食べた食事の内容を覚えていますか?（覚えている・覚えていない）

　・自分一人の判断や意思で行動できますか? （できる・　多少困難　・　できない）

　・自分の要求や意思を相手に伝えられますか?

　　　　　　　　（できる・　多少困難　・　具体的要求のみ　・　できない）

1. 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。

　・実際にないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか?（ ある ・ 時々 ・ ない ）

　・実際に無かったことをあったかのように言うことがありますか?

（例えば、お金や大切な物が盗られたとか無くなったと言う等）（ ある ・ 時々 ・ ない ）

★裏面もご記入ください

・昼寝て夜起きて、睡眠が逆転することがありますか? （ ある ・ 時々 ・ ない ）

・暴言や暴力がありますか? （ ある ・ 時々 ・ ない ）

・介護への抵抗、または拒否がありますか? （ ある ・ 時々 ・ ない ）

・徘徊することがありますか? （ ある ・ 時々 ・ ない ）

・タバコやガスコン□などの火の不始末がありますか? （ ある ・ 時々 ・ ない ）

・便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか?　（ ある ・ 時々 ・ ない ））

・食べられないものを食べたりすることがありますか? （ ある ・ 時々 ・ ない ）

1. 身体の様子についてお聞きします。（あてはまると思われる方を○で囲んで下さい）

・健康なときの利き手はどちらですか?　右　・　左

・身長（　　　　cm）体重（　　　kg）

・ここ半年で体重の変化はありますか? （減　・増　・変化なし）

・体に痛みがあったり、力が入らず不自由なことがありますか?

　　どこがどのように

　　悪いですか？

・自分の意思に反した体の動き（ふるえなど）がありますか? （ある　・　ない）

・床ずれ（じょくそう）がありますか？ （ある　・　ない）

・皮膚病がありますか？ （ある　・　ない）

1. 現在の介護の様子をお聞きします。（あてはまると思われる方を○で囲んで下さい）

・食事は自分で食べられますか? （ できる ・ できない ）

・尿や便をもらすことがありますか? （ある　・　ない）

・転倒したり、体の動きがわるくなったりしていますか? （ある　・　ない）

・体を動かすと息苦しいことがありますか? （ある　・　ない）

・家にとじこもる、意欲の低下などがありますか? （ある　・　ない）

・食事のときに、むせることはありますか? （ある　・　ない）

1. 現在利用中のサービス、今後利用したいサービスすべてに✓印をつけてください。

訪問診療 訪問看護　 訪問歯科診療 ヘルパー派遣(訪問介護)

訪問リハビリテーション　訪問薬剤管理 入浴サービス 　　デイサービス

デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) 訪問栄養食事指導配食サービス

住宅改修 具体的に→(　　　　　　　　　　　　　　　)

福祉用具の貸与や購入　具体的に→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

施設入所(短期も含む)

1. ご本人・ご家族の希望する事や困っている事があればできるだけ具体的に記入してください。

[文書の重要な部分を引用して読者の注意を引いたり、このスペースを使って注目ポイントを強調したりしましょう。このテキスト ボックスは、ドラッグしてページ上の好きな場所に配置できます。]