主治医意見書予診票　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　平成　　　年　　　月　　　日申請者（患者）氏名: 　　男・女　生年月日　　明・大・昭　　　　年　　　月　　　日（　　　）歳

記載者(　氏名 続柄

介護保険の申請・・・初回 / 更新（今までの介護度は　　　　　　　　　　認定の有効期間　　　年　　　月　　　日～　　年　　月　　日）

◆経過・既往など◆

現在、継続的に診療を受けたり、治療を受けている病院・診療所（医院）がありますか。

|  |
| --- |
| 病院・医院名/診療科・病名 |

今までにかかった大きな病気を記入してください。

|  |
| --- |
| いつ頃/病気・手術・骨折など |

◆心身の状態に関すること◆

１．ひとりで外出や移動ができますか。　　１つだけ選んで□にレ点をつけてください。

　　【正常】　　　　　　　　　　□体の不自由はなく、日常生活上の支障はない （自立）

　　【自立歩行〔杖歩行〕】　□交通機関などを利用して外出できる （Ｊ１）

　　　　　　　　　　　　 □隣近所なら外出できる （Ｊ２）

　　【介助歩行】　　　　　　　□介助により外出し、ほとんどベッドから離れて生活している （Ａ１）

□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 （Ａ２）

　　【車椅子生活】　　　　 □自分一人で車椅子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）

□介助がなければ車椅子に乗り移ることができない （Ｂ２）

　　【寝たきり生活】　　　　　□排泄・食事・着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りがうてる　（Ｃ１）

　　　　　　　　　　　　 □生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない　（Ｃ２）

2．認知症のすすみ具合について、 １つだけ選んで□にレ点をつけてください。

□ 特にない。

□　何らかの症状（話がくどい・忘れやすい）はあるが、生活上の支障はない。 （Ⅰ）

□　道に迷うとか、買い物が出来ないなど、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。

（Ⅱa）

□　電話や訪問者との対応など、一人で留守番が出来ないが、日常生活は何とかできる。（Ⅱb）

□　日中、一人で着替え・食事・排泄がうまくできず時間がかかる。食べられない物を口に入れたりする

ことなどがあり、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、外へ出歩いてしまうなど、注意しても理解できないことがある。　（Ⅲb）

□　著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、意思疎通が困難である為、常に目が離せない　（Ⅳ）

□ 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手に負えない。あるいは意思疎通が図れない。（M）

３．当てはまるところを○で囲んでください。【認知症の中核症状】

・ひどい物忘れはありますか。　　　　 ない　・　ときどき　・　ある

　・毎日の生活は自分ひとりの判断や意志でできますか。　　できる　・　何とか 　・　できない

　・言いたいことを相手に伝えられますか。　　　　　　 伝えられる　・　いくらか困難　・　伝えられない

４．当てはまるところを○で囲んでください。【認知症の周辺症状】

・実際にないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか　　 ない　・　ときどき　・　ある

　・実際になかったことをあったように言うことがありますか。　　　　　　　　　　　ない　・　ときどき　・　ある

　・昼夜が逆転していませんか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ない　・　ときどき　・　ある

　・介護に抵抗または拒絶することがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　ない　・　ときどき　・　ある

　・目的もなく歩き回ったり、外出したりすることがありますか。　　　　　　　　　　ない　・　ときどき　・　ある

　・ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか。　　　　　　　　　　　　 ない　・　ときどき　・　ある

　・排便後、便器やオムツの中をもてあそびますか。　　　　　　　　　　　　　　　ない　・　ときどき　・　ある

・本来、食べないようなものを食べたり、食べようとして口に入れたりすることがありますか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ない　・　ときどき　・　ある

◆からだの状態◆ わかる範囲で記入してください

・申請者の利き腕は　□右　□左　　身長　　　　　　　cm　　体重　　　　　　　kg　(おおよそで結構です)

　 ・手・足・指などに欠損はありませんか。 　 ない　・　ある　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・麻痺や力が入らず、不自由なところはありますか。 ない　・　ある　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　 ・関節が動きにくく、不自由なところはありますか。　　ない　・　ある　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　 ・自分の意思ではない体の動きはありますか。　　　　ない　・　ある　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　 ・床ずれ（褥創）がありますか。　　　　　　　　　　　　　 ない　・　ある　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

　 ・皮膚の病気（水虫・湿疹など）を持っていますか。　ない　・　ある　（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◆生活機能◆　　当てはまるところを○で囲んでください。

　・屋外を歩けますか。　　　　　　　　　　　　　　　　 歩ける　・　介助があれば歩ける　・　歩けない

　・車いすは使用していますか。　　　　　　　　　　　 用いていない　　・　　自分で操作　　・　　他人が操作

　・杖やシルバーカーなどを使用していますか。　 用いていない　　・　　屋外で使用　　・　　屋内で使用

◆栄養・食生活◆　当てはまるところを○で囲んでください。

　・食事は自分で食べられますか。　　　　食べられる　　・　　何とか　　・　　できない

　・体重は増加傾向ですか。　　　　　　　　増加傾向　　・　　変わらない　　・　　減少傾向

　・むせますか。　　　　　　　　　　　　　　　　むせない　・　　むせる

◆現在、介護するご家族が困っていることがあればお書きください◆

|  |
| --- |
| （一人暮らし・家事・食事・買い物・睡眠・排泄・病院受診・服薬・物忘れなど） |

◆どのような介護サービスをご希望ですか◆　　現在利用しているサービス

|  |
| --- |
| （ヘルパー支援・デイサービス・福祉用具・住宅改修・ショートステイ・施設入居・配食サービスなど） |