

〈介護保険主治医意見書〉 予診票

〈介護保険の主治医意見書〉 介護保険の主治医意見書』記載のために、患者様の状態を今一度把握するための予診票です。

お手数ですが、以下の質問にお答えください。 記入日： 年 月 日

患者氏名 _____

記載者氏名 _____ 続柄 _____

1. 現在継続的に診察や治療を受けている病院・診療所が当院以外にありますか？
病院・診療所、診療科 ()
病名 ()
2. 今までかかった大きな病気について記入してください。
病気の名前、手術を受けたかどうか等。
()
3. 日常の様子で、次の中からもっとも近いもの 1つに○をつけてください。
() 生活は自立している
() 何らかの障害はあるが、一人で交通を利用して外出可能
() 隣近所なら一人で外出可能
() 介助が必要だが、よく外出する
() 介助があっても、外出はまれ
() 車いすでの生活だが、自分で車いすに乗れる
() 車いすに乗るのに介助が必要
() 寝たきりで、自分で寝返りができる
() 寝たきりで、自分で寝返りができない
4. 認知症症状はありますか？次のうち、もっとも近いもの 1つに○をつけてください。
() 認知症症状はない
() 認知症症状はあるが、ほぼ自立して生活できている
() たびたび道に迷う、買い物でミスする
() 服薬管理ができない、電話の応対や留守番ができない
() 着替え、食事、排便がうまくできない、やたら口に物を入れる、徘徊する、奇声を上げる、といった症状が主に 日中にみられ、介護を要する
() 主に 夜間に上記症状がみられる
() 常に上記症状がみられる

() 著しい精神症状や重篤な身体疾患のため、専門医療が必要

5. つい先ほどのことを忘れてしまう はい いいえ
(夕食を食べたかどうか覚えていないなど)

6. 日常の判断や認知能力について近いもの 1つに○をつけてください。
() 毎日の生活で、予定を立てたり、その時その時の状況判断ができる。
() 毎日繰り返されることには対応できるが、新しい状況に対する判断にはい
くらか困難がある。
() 毎日繰り返されることに対しても見守りが必要。
() 全く自分では判断できない。

7. 自分の意思を伝える能力について、近いもの 1つに○をつけてください。
() 自分の考えや意見を表現できる。
() 考えをまとめたり表現するのに多少の困難があり時間がかかる。
() 基本的な欲求(飲食、排せつなど)なら、伝えられることがある。
() ほとんど伝えられない。

8. 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか? はい いいえ

9. 実際になかった事をあったように言うことがありますか?
(例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う) はい いいえ

10. 昼夜が逆転していますか? はい いいえ

11. 暴言を吐くことがありますか? はい いいえ

12. 暴力行為がありますか? はい いいえ

13. 介護に抵抗または拒絶することがありますか? はい いいえ

14. 目的なく歩き回ることがありますか? はい いいえ

15. ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか? はい いいえ

16. 便や尿に触ったりすることがありますか? はい いいえ

17. 食べられないようなものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか? はい いいえ

18. まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか？ はい いいえ
19. 認知症以外の精神・神経疾患はありますか？ ある ない
- ある ⇒ (病名:)
(病院名:)
20. 利き腕はどちらですか？ 右 左
21. 身長と体重は？(測定できない時はおよそで結構です)
身長: cm 体重: kg
22. 最近6か月で体重の増減はありますか？ ある ない
23. 手・足・指などに欠損はありますか？ ある ない
- ある ⇒ ()
24. 手足に麻痺がありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位: 程度: 軽 中 重)
25. 筋力が低下しているところがありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位: 程度: 軽 中 重)
26. 関節が硬くなって曲がらないところがありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位: 程度: 軽 中 重)
27. 関節の痛みはありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位: 程度: 軽 中 重)
28. 自分の意志によらない体の動きがありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位:)
29. 床ずれ(褥瘡)がありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位: 程度: 軽 中 重)
30. 床ずれ以外の皮膚の病気がありますか？ ある ない
- ある ⇒ (部位: 程度: 軽 中 重)
31. 屋外歩行について(○をつけてください)
() 一人で歩行できる () 介助が必要 () していない
32. 車椅子使用状況

- () 使っていない () 一人で使える () 押ししてもら
33. 杖や装具の使用 (複数選択可)
- () 使用しない () 屋外で使用 () 室内で使用
34. 食事は自分で食べられますか?
- () 食べられる () なんとか () 全面介助
35. 現在の栄養状況 () 良好 () 不良
36. 便や尿を漏らすことがありますか?
- (便意や尿意がわからないことがありますか?) はい いいえ
37. 歩行が不安定で転びやすいですか? はい いいえ
38. 食べ物や飲み物をスムーズに飲み込むことができますか?
- () できる () なんとか () できない
39. 主たる介護者はどなたですか?
- () 独居のため介護者はいない
- () 夫 () 妻 () 子供 () 子供の嫁
- その他 ()

その他、困っていることがありましたらお書きください。