

# 主治医意見書予診票

千葉県医師会

(近日中に市町村の訪問調査員による確認があります。)

記載日 年 月 日

申請者(患者) 氏名 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

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)

居住環境について 独居(近隣に家族・親戚が いる ・ いない ) 日中独居(近隣に家族・親族が いる ・ いない )  
同居者がいる(続柄: )

## ◆心身の状態に関すること◆

### 1. 日常生活における身体的状態 ※いずれかあてはまるものを1つ選んでください。

- イ. 身体的状態については問題ない。(正常)
- ロ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分で出来、電車・バスなど利用して外出している。(J1)
- ハ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分で出来、隣近所へなら外出している。(J2)
- ニ. 家の中では自分のことは自分で出来ているが、一人では外出しない。(A1)
- ホ. 家の中では自分のことは自分で出来ているが、外出することはほとんどなく寝たり起きたりしている。(A2)
- ヘ. 家の中での生活も何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であるが、食事・排泄は寝床から離れて行っている。(B1)
- ト. 家の中での生活にも何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であって、座ることは出来るが、自力で寝床から移動することは出来ない。(B2)
- チ. 一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要であるが、自力で寝返りは出来る。(C1)
- リ. 一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要で、自力で寝返り出来ない。(C2)

### 2. 日常生活における精神的状态 ※いずれか当てはまるものを一つ選んでください。

- イ. 精神的問題は特になく、日常生活が送れている。(正常)
- ロ. 日常生活において、多少ちぐはぐな点はあるが特に問題はない。(I)
- ハ. 日常生活において、道に迷うとか、買い物で間違ってしまうとか、電話の対応などに問題があって、一人では留守番ができない等問題はあるが、誰かが注意していれば生活出来る。( 家庭外Ⅱa ・ 家庭内Ⅱb )
- ニ. 日常生活において、着替え・食事・排泄等が上手に出来なかったり、時間がかかり誰かが介護しないと生活出来ない。( 日中Ⅲa ・ 夜間Ⅲb )
- ホ. 日常生活に支障をきたし、着替え・食事・排泄等が上手に出来なかったり、付きっきりで介護しないと生活出来ない。(Ⅳ)
- ヘ. 大声を出したり、意味不明なことを言ったり、興奮して暴れたりするので、家庭で家族が介護することが出来ない、もしくは非常に困難な状況である。(M)

裏へ続きます。

### 3. 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. 認知症の行動・心理症状(BPSD)

実際には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つ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、便器やお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

繰り返し同じような発言・行動などはありますか。 ない ・ ときどき ・ ある

#### ◆身体の状態◆

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、不自由なところがありますか。 ない ・ ある (部位: )

関節が動きにくく、不自由なところがありますか。 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: )

皮膚の病気を持っていますか。 ない ・ ある (部位: )

#### ◆生活機能◆

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

杖などを使用していますか。 用いていない ・ 屋外で ・ 屋内で

尿パッド、紙パンツ、おむつを使用していますか。 用いていない ・ 用いている (尿パッド ・ 紙パンツ ・ おむつ )

#### ◆栄養・食生活◆

食事は自分でできますか。 できる ・ 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、介護する家族が困っていることがあればお書きください◆

◆介護保険で福祉用具貸与が必要ですか？ 不要 ・ 必要 ( 介護用ベッド ・ 車椅子 ・ その他 ( ) )

◆どのようなサービスをご希望ですか？

またそのサービスを利用すれば、本人の機能や生活の質が向上すると思いますか◆