

主治医意見書 予診票

カルテ ID _____

予診票に記載の個人情報、主治医が介護認定審査に必要な主治医意見書を作成するためや、日常診療の手助けをする目的にのみ利用いたします

新規申請 更新(定期的) 区分変更(状態変化による) 主治医(白鳥) _____ 医師

灰色の網掛け部分はすべてご記入ください。

記入日

(記入者氏名: _____ 本人との関係: _____) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

意見書作成にあたり、不明な点を電話で聞き取りすることがあります。

記入した方と連絡が取れる電話番号を教えてください TEL: _____

患者氏名: _____ 男・女 _____ 生年月日 大正/昭和/平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同居人 独居 夫婦2人 子と同居 同居人はいるが日中は1人 その他

1. 利き腕 右 左 身長 _____ cm

体重 _____ kg ⇒ 最近6か月で かわらない、 _____ kg 増えた、 _____ kg 減った

2. 現在の介護度は 要支援1 要支援2
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認定期間 令和 _____ 年 _____ 月から 令和 _____ 年 _____ 月まで (被保険者番号)

※ケアマネがいる場合 ケアマネ氏名: _____ 所属事業所: _____

3. あなたが介護保険を申請した主な理由や、現在困っていることをお書き下さい。

サービス(訪問看護、ヘルパー、デイサービス等)を利用したい 福祉用具をレンタルしたい
区分変更したい 施設入所したい 住宅改修に利用したい 不明

現在困っていること

4. 現在利用している介護サービスはありますか？ 該当にレ印をつけ、回数をお書き下さい。

デイサービス: ()回/週 デイケア(通所リハビリ): ()回/週
訪問看護: ()回/週 訪問リハビリ: ()回/週
ヘルパー(訪問介護): ()回/週 訪問入浴: ()回/週
福祉用具レンタル等: ○ベッド、○車いす、○歩行器、その他 ()
訪問薬剤師 ショートステイ: ()回/月

5. 他の医療機関にかかっていますか？ かかっている場合、下記の該当する科に○をつけてください。

かかっている (病院名: _____) かかっていない
内科 整形外科 精神科 外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 眼科 婦人科
耳鼻科 リハビリ 歯科 その他(_____)

6. 理解したり記憶したりすることについて、あてはまる□にレ印をつけてください。

①日常生活で、ものごとを自分で判断することが出来ますか？
できる いくらか困難 見守りが必要 できない
②自分の要求や意思をきちんと伝えられますか？
伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

裏面に続きます・・・

7. 体に不自由なところがありますか？ 下記から 1 つ選んで□にレ印をつけてください。

- (O) 体に不自由なところは全くない。
- (J1) 体が多少不自由ではあるが、バスやタクシー等を利用して一人で外出できる。
- (J2) 体が不自由ではあるが、隣近所であれば歩いて外出できる。
- (A1) 屋内ではおおむね自立。介助により外出でき、日中はベッドから離れて生活する。
- (A2) 屋内ではおおむね自立。外出頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活。
- (B1) 主にベッド上の生活、座位を保つ。車いすに移ることができ食事や排泄はベッドから離れて行う。
- (B2) 主にベッド上の生活、座位を保つ。車いすに乗り降りするには介助が必要。
- (C1) 1 日中ベッド上での生活で、着替え、食事、トイレの時は人の手を借りるが自力で寝返り可能。
- (C2) 1 日中ベッド上で生活するが、自力で寝返りもうてない。

8. 次の状態があれば□にレ印をつけ、(左・右) に○をつけ、カッコ内にどこの部位かを書いて下さい。

- 手足等の麻痺(左・右), 筋力のおとろえ(左・右), 関節の痛み(左・右)
- 床ずれ(左・右), 皮膚疾患(左・右)

9. 生活機能について、あてはまる□にレ印をつけてください。

- ①屋外歩行 一人でできる 介助があればできる していない
- ②車いす 用いていない 自分で操作している 他人が操作している
- ③杖・老人車等 用いていない 屋外で使用 屋内でも使用
- ④食事 なんとか自分で食べられる 全面的に介助してもらっている
- ⑤その他 尿もれ 転倒しやすい 意欲低下 低栄養 水などがむせやすい

10. 認知機能について、1 つ選んでレ印をつけてください。

- (O) もの忘れ等、認知機能で特に気になる症状はない。
- (I) 物忘れなど認知機能の低下はあるが、日常生活は家庭内、社会的にほぼ自立している。
- (II a) 家庭外で支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる(たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理等にミスが目立つ等)が、手助けがあれば自立できる。
- (II b) 家庭内で支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる(電話や来客の対応など一人で留守番ができない、服薬管理が出来ない等)が、手助けがあれば自立できる。
- (III a) 日中を中心に、着替え、食事、排便、排尿がうまくできず、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為、徘徊等の異常行動があり、介護を必要とする。
- (III b) 週 1 回以上夜間に(III a)の症状が見られ、家族が夜に起こされる。
- (IV) 昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできない。常に介護を必要とする。
- (M) 被害妄想、暴力、落ち込みなどの精神症状がひどく、家族の手におえず、専門医が必要。

11. 行動障害について、認められるものにレ印をつけてください。

- 特になし
- 幻視(実際にいない人、虫、動物が見える) 幻聴(そこにいない人の声や物音が聞こえる)
- 被害妄想(金品を盗まれたなど) 昼夜逆転 介護者に暴言を吐く 介護への抵抗
- 徘徊(目的もなく外を歩き回る) 火の不始末 性的問題行動
- 不潔行為(便など触ったり、撒き散らしたりする) 異食行動(通常食べられないものを食べる)

12. <ケアマネージャー・ご家族の方へ>

介護するにあたって困っていること、通常の診察ではわからない家庭での生活の様子など、主治医に知っておいてもらいたいことをご自由にお書きください。