

介護保険 主治医意見書 予診票

- ・すみやかに医療機関（主治医）に提出してください。
- ・本人以外のご家族など、日頃の様子が分かっている方がご記入いただいても結構です。
- ・予診票にて得られた個人情報、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と日常診療の手助けにするためにのみ利用いたします。趣旨をご理解の上、日頃の様子をお書きください。
- ・主治医意見書は主治医の判断で作成されるものです。予診票はあくまでも参考資料として取り扱います。
- ・予診票に関するお問い合わせは、まず医療機関（主治医）にお願いいたします。事務的なことは下記でもお答えできる場合があります。

倉敷市連合医師会、倉敷市介護保険課

記入日 令和 年 月 日
(記入者氏名 本人との関係)

申請者氏名 男・女 生年月日 明治/大正/昭和 年 月 日

1. 利き腕 右 左 身長 _____ cm
体重 _____ Kg ⇒最近6カ月で：変わらない、_____ kg 増えた、_____ kg 減った
2. 今回の申請は 新規申請 更新申請（定期的） 変更申請(状態変化による)
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

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。

- デイサービスを利用したい 福祉用具をレンタルしたい 住宅改修に利用したい
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
 訪問ヘルパー：() 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()

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

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

6. 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まったくない。
 (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、日中で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、排せつはベッドから離れて行う。 . . . 裏へつづく

- (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、自力で寝返りをうつことはできる。
- (C2)1日中ベッド上での生活等はC1と同様だが、自力で寝返りもうてない。

7. 本人または介護されている方へ 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)もの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出来ない、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。

8. 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 だいたいできる あまりできない まったくできない
- 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 だいたい伝えられる あまり伝えられない まったく伝えられない

9. 介護されている方へ 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。

- 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 不潔行為(便などを触ったり、まき散らしたりする) 異食行動(通常食べられないものを食べる) 性的問題行動

10. 次の状態がありますか？ある場合□にレ印をつけ、カッコに部位とその程度を書いてください。

- 手足等の麻痺 筋力のおとろえ 関節の痛み 床ずれ 皮膚
- () () () () ()

11. 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 一人で行ける 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 水等がむせやすい

12. 介護されている方へ

上記以外で、介護するにあたって困っていること、主治医が通常の診察だけではわからない、家庭での生活の様子等、主治医に知ってもらいたいことがあれば、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。