

# 介護保険 主治医意見書予診票

(この予診票は主治医へ提出して下さい)

この予診票は、主治医意見書を作成するために利用されます。主治医意見書を作成する医師に、書いてお渡し下さい。介護保険の要介護認定では、普段の家庭での様子が特に重要です。また、医師が患者さんを診察する上でも大変役に立ちますので、できるだけ正確に記載して下さい。ご本人がこの予診票を記入できない場合は、家族の方など普段の様子が分かる方が代わりに記載下さい。一部の項目は認知症の程度を判断する上で非常に重要な内容です。多くの方にとっては、違和感があると思いますが答えられる範囲で記入して下さい。なお、予診票を医師にお渡しする際、服薬中の薬剤がわかる「おくすり手帳」などをお持ちいただければ助かります。

記入日	年	月	日
申請者本人(利用者)氏名			
記載者氏名	続柄		

1	意見書を依頼する医師の他に、現在継続的に治療を受けている医療機関(医師および歯科医師)、診療科目はありますか？	ある	ない
	※意見書を依頼する医師と同じ病院でも、他科にかかっている方はご記入下さい。	医療機関( ) 診療科目( ) 病名( ) 発症年月日(平成・昭和 年 月 日)	
2	今までかかった大きな病気やけが(例えば骨折、手術、心臓発作など)はありますか？あれば具体的にご記入ください。	ある	ない
		具体的にご記入下さい( )	
3	急に意味不明なことを話したり、行動したりすることがありますか？	ある	ときどき ない
4	うとうとと寝ていることがありますか？	ある	ときどき ない
5	自分のいるところがわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりすることがありますか？	ある	ときどき ない
6	ひどい物忘れがありますか？	ある	ときどき ない
	たとえば、食事の10分後におかずが何だったか言えますか？	言えない	言える
7	毎日の生活は、自分一人で判断で出来ますか？	できない	見守りが必要 やや困難 できる
8	言いたいことを相手に伝えられますか？	伝えられない	限定的である やや困難 伝えられる
9	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	ある	ときどき ない
10	実際にはなかった事があったように言うことがありますか？ (たとえば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	ある	ときどき ない
11	昼夜が逆転していますか？ (昼間に寝て、逆に夜間に動き回ったり、大声を出したりする)	ある	ときどき ない
12	今までになかったような暴言をはくことがありますか？	ある	ときどき ない
13	今までになかったような暴力をふるうことがありますか？	ある	ときどき ない
14	介護に抵抗または拒絶することがありますか？	ある	ときどき ない
15	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？	ある	ときどき ない

16	ガスコンロの消し忘れなどの火の不始末がありますか？	ある	ときどき	ない
17	排便後などに、便や尿に触ったりすることがありますか？	ある	ときどき	ない
18	本来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ようなことがありますか？	ある	ときどき	ない
19	まわりが迷惑するような性的な言動や行為がありますか？	ある	ときどき	ない
20	利き腕はどちらですか？	左利き		右利き
21	身長と体重は？(測れないときはおおよそで結構です)	身長	cm	体重 kg
22	この6ヶ月で体重の増減はありますか？	増加した	減少した	変わらない
23	手・足・指など失われている部分がありますか？	ある(部位		) ない
24	手や足で力が入らない(入りにくい)ところがありますか？	ある(部位		) ない
25	両手を上に挙げることができますか？	できない	やや困難	できる
26	正座ができますか？	できない	やや困難	できる
27	関節が痛かったり、動かしにくいところがありますか？	ある(部位		) ない
28	手や足など、ふるえて思うように動かせないところがありますか？	ある(部位		) ない
29	交通機関等を利用して外出する。	できない	介助が必要	できる
30	隣近所へなら外出する。	できない	介助が必要	できる
31	服薬管理ができない？	できない	やや困難	できる
32	電話・訪問者の応対等一人で留守番ができない？	できない	やや困難	できる
33	歩くのが不安定で転びやすいですか？	歩かない	転びやすい	安定している
34	屋外での歩行については？	歩かない	介助が必要	一人で歩行可
35	車椅子を使っていますか？	自分で操作	介助が必要	使わない
36	杖やシルバーカーを使っていますか？	屋外で使用	室内で使用	使わない
37	食事は自分で食べられますか？	食べられない	やや困難	食べられる
38	最近の食事量は？	増加した	減少した	変わらない
39	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？	できない	やや困難	できる
40	口の中で気になることはありますか？	ある(かめない・痛い・その他) ない		
41	口の中の衛生状態は？	悪い	やや悪い	良い
42	便や尿をもらすことがありますか？	ある	ときどき	ない
43	床ずれ(褥創)がありますか？	ある(部位		) ない
44	皮膚に病気がありますか？	ある(部位		) ない
45	主に介護を行っているのは？	配偶者(男・女) 子供(男・女) 子供の配偶者(男・女) その他( ) 介護者はいない		

※ その他、困っていること等がありましたら、ご自由にお書き下さい。