

介護保険被保険者番号 ()

介護保険 主治医意見書予診票

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・変更 (今までの介護度 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(患者)の利き腕は □右 □左 身長 cm 体重 kg (おおよそで結構です)

◆心身の状態に関すること◆ 該当するところに○印してください。

1. ひとりで外出(移動)できますか。

自由にできる(遠くまで・町内まで) ・ 時々 ・ できない(車いす・寝たきり)

2. 何らかの認知症を有していますか。

有しない ・ 見守りで自立(家庭外のみ・家庭内でも) ・ 要介護(日中・夜間) ・ たえず介護 ・ 要医療

3. 認知症の中核症状

ひどい物忘れはありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

毎日の生活は自分ひとりの判断や意思でできますか。

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. 認知症の周辺症状

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 ・ 時々 ・ 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 ・ 時々 ・ ある

昼夜が逆転していませんか。

ない ・ 時々 ・ ある

介護に抵抗または拒絶することがありますか。

ない ・ 時々 ・ 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 ・ 時々 ・ 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 ・ 時々 ・ ある

排便後、便器の中をもてあそびますか。

ない ・ 時々 ・ 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 ・ 時々 ・ ある

裏へ続きます。

◆**身体の状態**◆ 該当するところに○印してください。

- 手・足・指などに欠損はありますか。 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 ・ 屋外で使用 ・ 屋内で使用

◆**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**◆

◆**どのような介護サービスをご希望ですか**◆ ※複数回答が可能です。

* 在宅サービス

- ・ 家庭を訪問するサービス (訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 訪問入浴介護)
- ・ 日帰りで通うサービス (通所介護 通所リハビリテーション)
- ・ 短期入所するサービス (短期入所生活介護 短期入所療養介護)
- ・ 福祉用具の貸与・住宅の改修サービス (福祉用具の貸与 福祉用具の購入費支給 住宅改修費の支給)
- ・ その他 (認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護 配食サービス)

* 施設サービス

- ・ 施設サービス (介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設)
(特定施設入所者生活介護 有料老人ホーム)

◆**介護サービスにつき、他にご意見、ご希望があればお書きください**◆