介護保険 主治医意見書予診票　　　　　　　記載日　　　　　年　　　月　　　日

**千葉県医師会**

**（君津木更津医師会）**

**介護保険被保険者番号（　　　　　　　　　　　　）**

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　　　　　㎏　（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っ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、不自由なところはありますか。** | ない　・　ある（部位：　　　　　　　　　　　　　　） |
| **関節が動きにくく、不自由なところはありますか。** | 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。**

|  |
| --- |
|  |