

介護保険「主治医意見書」予診票

羽咋都市医師会

これは、「主治医意見書」作成に際し、申請者の方の状態をより正確に把握するための予診票です。以下の質問について、答えられる範囲内でご記入ください。

申請者本人(利用者) 氏名	
------------------	--

記入日： 令和 年 月 日

今回の介護保険申請について教えてください。	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更
現在、継続的に診療や治療を受けている病院・診療所がありますか。	病院・診療所名
	診療科目
	病名・症状
今までにかかった大きな病気やケガはありますか。 (例えば、骨折、心臓発作、手術をした等)	いつ頃
	病名・手術名

ひとりで外出(移動)できますか。	<input type="checkbox"/> 自由にできる(遠くまで・町内まで) <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> できない(車いす・寝たきり)
何らかの認知症を有しますか。	<input type="checkbox"/> 有しない <input type="checkbox"/> 見守りで自立(家庭外のみ・家庭内でも) <input type="checkbox"/> 要介護(日中・夜間) <input type="checkbox"/> たえず介護 <input type="checkbox"/> 要医療

ひどい物忘れがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある
食事の10分後におかずが何だったか言えますか。	<input type="checkbox"/> 言える <input type="checkbox"/> 言えない
毎日の生活は自分一人の判断や意思でできますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない
自分がしたいこと、言いたいことを相手に伝えられますか。	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的なことに限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
実際にはなかった事をあつたように言うことがありますか。 (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
昼夜が逆転していますか。(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
今までになかったような暴言をはくことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
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。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
介護や助言に対して抵抗することがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
目的なく歩き回ったり外出したりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
タバコやガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
排泄後などに、便や尿に触ったりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
本来食べられないものを口に入れることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
まわりが迷惑するようなひわいな言動がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> よくある
その他、問題となる行動がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容・頻度:)

裏面へつづく

利き腕はどちらですか。	<input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き
身長と体重を教えてください。 (測れないときはおおよそで結構です)	身長 () cm 体重 () kg
過去6ヶ月で体重の変化はありましたか。	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減った
手・足・指などに欠損はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
麻痺のため不自由なところがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
力が入らず不自由なところがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
関節が痛むところがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
自分の意思ではない体の動きがありますか。 (例えば、手の指がふるえる、顔面がけいれんするなど)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
床ずれ (じょくそう) がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
床ずれ (じょくそう) 以外の皮膚の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)

屋外を歩くことができますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助がいる <input type="checkbox"/> できない
車いすを使っていますか。	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作する <input type="checkbox"/> 他の人が操作する
杖や歩行器または装具を使っていますか。	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 屋外で使っている <input type="checkbox"/> 屋内で使っている
食事は自分でできますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない
食欲はありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきない <input type="checkbox"/> ない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない
便や尿をもらすことがありますか。(便意や尿意がわからない)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある
よく転ぶことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある
閉じこもりや意欲の低下などはありませんか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある

その他、主治医に伝えておきたいこと等があればご記入ください。