

介護認定を円滑にすすめるために(お願い)

この予診票は、介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。患者様(利用者様)の日常生活の状況をわかる範囲でご記入いただき、できるだけ早く「かかりつけ医(主治医)」にご提出ください。

予診票は、あくまでも参考であり、主治意見書は主治医の判断で作成されます。

必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。

予診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

東淀川区医師会

主治医意見書予診票

記入日 令和 年 月 日

申請者本人(利用者)	ふりがな	<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 昭	年	月	日生	歳	
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL							
同居家族の有無	<input type="checkbox"/> 同居なし <input type="checkbox"/> 同居あり → <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()								
記載者氏名	ふりがな	本人との続柄 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹							
		<input type="checkbox"/> その他()							
		TEL							

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 現介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
新規申請・区分変更申請の理由を教えてください	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 認知症の進行 その他()
現在継続的に診断を受けたり、治療を受けている病院・診療所が当院以外にありますか	病院・診療所名() 診療科目(分れば記入ください) <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他()

(1)

今までにかかった大きな病気やけがについて。 病気・けがの名前(例えば、骨折、心臓発作、喘息など)手術をしたかどうか等(わかれば記入ください)	・いつ頃 年 月頃
	病名
	・いつ頃 年 月頃
	病名
今かかっている病気の状態は安定していますか	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 良くなっている <input type="checkbox"/> 悪くなっている
主に介護が必要になった原因の傷病名はなんですか(わかれば記入ください)	原因の傷病名

(2)

14日以内に受けた特別な医療・処置があれば記入してください。(わかる範囲で結構です)	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛(ひどい痛み)の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定(<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心拍 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度) <input type="checkbox"/> 床ずれ(じょくそう)の処置
尿もれ(尿失禁)への対応	<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> コンドームカテーテル <input type="checkbox"/> 留置カテーテル

(3-1)

日常生活の状態についてお伺いいたします。該当する項目に1つ☑印を付けて、その状況を1か2より選択してください。

<input type="checkbox"/>	日常生活はまったく問題なく、一人で外出している
<input type="checkbox"/>	何らかの不自由さはあるが、日常生活はほぼ自立していて、一人で外出している
	<input type="checkbox"/> 1. 交通機関を利用して外出できる <input type="checkbox"/> 2. となり近所へなら外出できる
<input type="checkbox"/>	家の中での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出していない
	<input type="checkbox"/> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している <input type="checkbox"/> 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
<input type="checkbox"/>	家の中での生活は何らかの介助が必要で、日中もベッドの上での生活が主体であるが、座っていることもある
	<input type="checkbox"/> 1. 車いすに自分で乗り移り、食事、排泄はベッドから離れて行う <input type="checkbox"/> 2. 介助により車いすに乗り移る
<input type="checkbox"/>	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要
	<input type="checkbox"/> 1. 自分の力で寝返りをうつことができる <input type="checkbox"/> 2. 誰かの手助けがないと寝返りもうてない

同じく、該当する項目に1つ☑印を付けて、その状況をaかbより選択してください。

<input type="checkbox"/>	会話はスムーズで意思疎通もできて、特に困るような行動もない
<input type="checkbox"/>	何らかの認知症があるが、日常生活は家庭内及び社会的にもほぼ自立している
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
	<input type="checkbox"/> a. たびたび道に迷う、買い物や金銭管理など、これまでできていたことにミスが目立つ <input type="checkbox"/> b. 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
	<input type="checkbox"/> a. 日中を中心として 着替え、食事、排便、排尿など上手にできない・時間がかかる、やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為などの症状があり、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする <input type="checkbox"/> b. 夜間を中心として aのような症状があり介護を必要とする
<input type="checkbox"/>	上記のような多彩な症状が 頻繁にみられ 、常に目を離すことができない。 常に介護を必要 とする
<input type="checkbox"/>	せん妄（意識混濁に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態）、妄想（根拠もなくあれこれと想像する）、興奮、自傷（自分のからだをわざと傷つける）・他害などの著しい精神症状や問題行動があり専門医の治療を必要とする。

(3-2)

つい先程のことを、すぐ忘れてしまうことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 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"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> できない

(3-3)

1	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"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
2	実際にはなかったことをあったように言うことはありますか (例えば、お金を盗られたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
3	昼夜逆転していますか(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"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
4	今までになかったような暴言を吐くことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
5	介護者に暴行を加えることがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
6	介護に抵抗または拒否をすることがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
7	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	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
8	外出して帰れなくなったことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
9	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"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
10	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"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
11	本来食べられないものを食べたり、食べようとして口に入れたりする ようなことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
12	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
1から12までの質問のほかに困っている行動はありますか		<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない

(3-4)

精神科・神経科・心療内科にかかっていますか	<input type="checkbox"/> かかっている <input type="checkbox"/> かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください	()

(3-5)

利用者の利き腕はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き
身長と体重は？(測れない時はおおよそで結構です)	身長 cm 体重 kg
過去6か月の体重の変化はありますか	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減った
腕・肢(足)・指などの欠損はありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない
麻痺や力が入らず不自由なところはありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない
筋力の低下はありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない
関節が動きにくく、不自由なところはありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない
関節のどこかに痛みがありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない
自分の意志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"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚の病気はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない

(4-1)

屋外歩行ができますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助がいる <input type="checkbox"/> できない
車いすを使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用していて自分で操作できる <input type="checkbox"/> 使用していて介助がいる
杖、歩行器、シルバーカーなどの歩行補助具や装具を使用していますか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用していて自分で操作できる <input type="checkbox"/> 使用していて介助がいる

(4-2)

食事は一人でできますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない
現在の栄養状態は良好ですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良

(4-3)

便や尿を漏らすことはありますか (便意や尿意がわからないことがありますか)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
よく転んだりしませんか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
移動する力がありますか	<input type="checkbox"/> 保たれている <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 悪い
苦しそうな息をしていないですか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
閉じこもりがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
意欲の低下がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
食欲不振がなく食事は十分取れていますか	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない
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"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない
水分補給は十分にできていますか	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない
風邪などの感染症によくかかりますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> ない
がん等によるひどい痛みがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

(4-5)

現在、利用しているサービスに <input checked="" type="checkbox"/> してください。
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> その他のサービス ()
今後、利用したいサービスに <input checked="" type="checkbox"/> してください。
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> その他のサービス ()

(5)

その他 (ご家族様・担当ケアマネジャー様へ) 介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいこと、区分変更の理由、福祉用具レンタルの必要性の理由などがあれば、記入してください。

ご協力ありがとうございました。