

介護保険主治医意見書作成用 予診票



記入日 年 月 日

氏名(介護認定を受ける人)		性別	男 ・ 女
住所		生年月日	明・大・昭 年 月 日
記入者氏名		続柄	

該当する□にレ点又はご記入ください。

他の病院にかかっていますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない						
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> リハビリ科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> その他()	

他の病院において14日以内で今も続けて受けている医療(医師、看護師による)はありますか	
<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 医師、看護師によるストーマ(人口肛門)の処置
<input type="checkbox"/> ペインコントロールに相当するひどい痛みに対する鎮痛剤の点滴・硬膜外持続注入・その他	
<input type="checkbox"/> 医師、看護師による褥瘡(床ずれ)の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル(留置カテーテル等)	
<input type="checkbox"/> その他()	

もの忘れ等で困っていることはありませんか(性格や生活習慣を除く)	
<input type="checkbox"/> 直ぐ前のことも忘れる <input type="checkbox"/> 金銭の計算ができない <input type="checkbox"/> 薬が管理できない	
<input type="checkbox"/> 新しいことや特別なことを理解するのに支援が必要。理解ができない	
<input type="checkbox"/> 着る服の順番がわからないなど着替えに声かけや介助が必要	
<input type="checkbox"/> 排泄がうまくできない、失禁してしまう(認知症で) <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行	
<input type="checkbox"/> 幻視幻聴(あり得ないことを言う) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 意味もなく動き回る(徘徊)	
<input type="checkbox"/> 着替え等を手伝おうとすると手を振り払うなど介護に抵抗する <input type="checkbox"/> 火の不始末	
<input type="checkbox"/> 便をなする等の不潔行為 <input type="checkbox"/> 食べ物でないもの(紙や土等)を食べる <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
<input type="checkbox"/> その他()	

お身体のことをお聞きします	
★利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	★身長 cm ★体重 kg 過去6カ月の <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減
欠損や麻痺、筋力低下などがありますか <input type="checkbox"/> ない	
<input type="checkbox"/> 欠損	部位()
<input type="checkbox"/> 麻痺	部位・状態()
<input type="checkbox"/> 筋力低下	部位・状態()
<input type="checkbox"/> 拘縮	部位・状態()
<input type="checkbox"/> 痛み	部位・状態()
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	部位・状態()

褥瘡(床ずれ)や皮膚病はありますか
<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位()
<input type="checkbox"/> 皮膚病 疾病名() 部位()

日常生活について
家の外で歩けますか <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> 介助があれば歩く <input type="checkbox"/> 歩いていない
車いすは使っていますか <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作 <input type="checkbox"/> 主に他人が操作
歩くために装具や杖、歩行器などを使っていますか
<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 家の外で使う <input type="checkbox"/> 家の中でも使う
食事は自分で食べられますか
<input type="checkbox"/> 自分一人で、又は声かけや手伝ってもらって自分で食べることができる
<input type="checkbox"/> 全て食べさせてもらう

その他に伝えたいことがあれば、ご記入ください

ご記入ありがとうございました。

要介護認定申請をされますと、市は要介護認定のために主治医に意見を求めます。この問診票は主治医が「主治医意見書」を作成するときに参考とするものです。ご記入をして主治医にお渡しください。主治医が普段の状況を把握している場合等は必要のないことがありますので、必要かどうかは主治医にご確認ください。

ご記入いただいた内容は、主治医意見書作成以外には使用いたしません。また、主治医が参考として利用しますので、意見書と相違することがありますがご了承ください。

太田市役所介護サービス課 0276-47-1938