

～ お 願 い ～

**現在の状況をご記入のうえ、主治医へご提出をお願いします。また、
受診の際は付添いの方と来院して下さいますようお願いいたします。**

主治医意見書予診票

千葉県医師会

(近日中に市町村の訪問調査員による確認があります。)

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(今までの介護度は 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

申請者の利き腕は ☐ 右 ☐ 左 身長 cm 体重 kg (おおよそで結構です)

居住環境について ☐ 独居(近隣に家族・親戚が いる ・ いない) ☐ 日中独居(近隣に家族・親族が いる ・ いない)
☐ 同居者がいる(続柄:)

◆心身の状態に関すること◆

1. 日常生活における身体的状態 ※いずれかあてはまるものを1つ選んでください。

- イ. 身体的状態については問題ない。(正常)
- ロ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分で出来、電車・バスなど利用して外出している。(J1)
- ハ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分で出来、隣近所へなら外出している。(J2)
- ニ. 家の中では自分のことは自分で出来ているが、一人では外出しない。(A1)
- ホ. 家の中では自分のことは自分で出来ているが、外出することはほとんどなく寝たり起きたりしている。(A2)
- ヘ. 家の中での生活も何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であるが、食事・排泄は寝床から離れて行っている。(B1)
- ト. 家の中での生活にも何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であって、座ることは出来るが、自力で寝床から移動することは出来ない。(B2)
- チ. 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であるが、自力で寝返りは出来る。(C1)
- リ. 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で、自力で寝返り出来ない。(C2)

2. 日常生活における精神的状態 ※いずれか当てはまるものを一つ選んでください。

- イ. 精神的問題は特になく、日常生活が送れている。(正常)
- ロ. 日常生活において、多少ちぐはぐな点はあるが特に問題はない。(I)
- ハ. 日常生活において、道に迷うとか、買い物で間違ってしまうとか、電話の応対などに問題があって、一人では留守番ができない等問題はあるが、誰かが注意していれば生活出来る。(家庭外Ⅱa・家庭内Ⅱb)
- ニ. 日常生活において、着替え・食事・排泄等が上手に出来なかったり、時間がかかり誰かが介護しないと生活出来ない。(日中Ⅲa・夜間Ⅲb)
- ホ. 日常生活に支障をきたし、着替え・食事・排泄等が上手に出来なかったり、付きっきりで介護しないと生活出来ない。(Ⅳ)
- ヘ. 大声を出したり、意味不明なことを言ったり、興奮して暴れたりするので、家庭で家族が介護することが出来ない、もしくは非常に困難な状況である。(M)

裏へ続きます。

3. 認知症の中核症状

ひどい物忘れはありますか。 ない ・ ときどき ・ ある

毎日の生活は自分ひとりの判断や意志でできますか。 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. 認知症の行動・心理症状(BPSD)

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 ・ ときどき ・ 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 ・ ときどき ・ ある

昼夜が逆転していませんか。 ない ・ ときどき ・ ある

介護に抵抗または拒絶することがありますか。 ない ・ ときどき ・ 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 ・ ときどき ・ 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 ・ ときどき ・ ある

排便後、便器やオムツの中をもてあそびますか。 ない ・ ときどき ・ 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 ・ ときどき ・ ある

繰り返し同じような発言・行動などがありますか。 ない ・ ときどき ・ ある

◆身体の状態◆

手・足・指などに欠損はありませんか。 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 ・ 屋内で

尿パッド、紙パンツ、おむつを使用していますか。 用いていない ・ 用いている（尿パッド ・ 紙パンツ ・ おむつ）

◆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◆

◆介護保険で福祉用具貸与が必要ですか？ 不要 ・ 必要（介護用ベッド ・ 車椅子 ・ その他（ ））

◆どのようなサービスをご希望ですか？

またそのサービスを利用すれば、本人の機能や生活の質が向上すると思いますか◆