

要介護認定主治医意見書用予診票

酒々井町

要介護・要支援認定申請日 年 月 日

この予診票は、介護保険主治医意見書作成のために、患者さんの状態を把握するためのものです。

お手数ですが、以下の質問にお答えの上、申請書類と一緒にご提出ください。

なお、この予診票は現在病院や施設に入院中(入所中)の方は提出の必要ありません。

ふりがな

申請者(患者)氏 名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

記入者氏名 _____ 本人との関係 _____

1 現在、継続的に診察を受けたり、治療を受けている病院・診療所がありますか。

はい ・ いいえ

病院・医院名 (_____)

病 名 (_____)

2 今までに入院や手術、骨折、発作などの病気やケガをしたことがありますか。

はい ・ いいえ

いつ頃 (_____)

病 名 (_____)

※※※ 以下の質問は、直近1か月の状況でお答えください。 ※※※

3 ひどい物忘れはありますか。 はい ・ いいえ

4 毎日の生活は自分一人の判断や意思では困難ですか。 はい ・ いいえ

5 会話がスムーズに行えないことがありますか。 はい ・ いいえ

6 言いたいことを相手に伝えられないことがよくありますか。 はい ・ いいえ

7 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。 はい ・ いいえ

8 急に意味不明なことをしゃべったり、行動したりすることがありますか。 はい ・ いいえ

9 事実にはないような作り話を周囲に言いふらすことがありますか。 はい ・ いいえ

10 昼間寝ていて夜になると寝ないで動き回ったり、大きな声を出したりすることがありますか。 はい ・ いいえ

11 今までになかったような暴言を吐いたり、暴力をふるったりするようになりしましたか。 はい ・ いいえ

12 介護に抵抗または拒絶することがありますか。 はい ・ いいえ

13 目的もなく動き回ったり、外出して一人で家に帰れなくなったことがありますか。 はい ・ いいえ

14 ガスコンロの消し忘れなどの火の不始末がありますか。 はい ・ いいえ

裏 面 への記入もお願いします。

15	排便後、便を触ったり、隠したりすることはありますか。	はい ・ いいえ
16	食べられないようなものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか。	はい ・ いいえ
17	性的な問題行動をすることがありますか。	はい ・ いいえ
18	いつも うとうと と寝ていることが多いですか。	はい ・ いいえ
19	自分のいるところがわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりすることが多くありますか。	はい ・ いいえ
20	利き腕は、どちらですか。	右利き ・ 左利き
21	体重は（ ）kg 身長は（ ）cm	
22	半年前と比べて著しく体重が増加したり、減少したりしていますか。	はい ・ いいえ
23	手・足・指などに、欠損(一部分がない)がありますか。	はい ・ いいえ
24	マヒや力が入らず、不自由なところがありますか。	はい ・ いいえ
25	手・足の関節部で硬くなって動きにくいところがありますか。	はい ・ いいえ
26	手・足のふるえなど、自分の意思ではない体の動きがありますか。	はい ・ いいえ
27	床ずれ(じょくそう)などの皮膚病がありますか。	はい ・ いいえ
28	歩行が不安定で杖や歩行器などを使用していますか。 はい【 杖 ・ 歩行器 ・ その他()】 ・ いいえ	
29	車いすを日常的に利用していますか。 はい【 自分での操作はできますか 可能 ・ 不可 】 ・ いいえ	
30	食事の際に、介助が必要ですか。	はい ・ いいえ
31	食事・水分摂取量に過不足がありますか。	はい ・ いいえ
32	食べ物がつかえたり、飲み物でむせることがよくありますか。	はい ・ いいえ
33	尿や便をもらしたことがありますか。	はい ・ いいえ
34	入れ歯を使っていますか。	はい ・ いいえ
35	薬の飲み方や使い方で困っていることがありますか。 具体的にどのようなことですか。（ ）	はい ・ いいえ
36	その他、困っていることがありますか。 ある場合は記入してください。 （ ）	はい ・ いいえ
37	現在利用しているサービスはありますか。ある場合は記入してください。 （ ）	はい ・ いいえ
38	今後希望するサービスはありますか。 ある場合は記入してください。 （ ）	はい ・ いいえ