

# 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
- 
- 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 いつもとうとう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と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。 ( )
- 
- 36 その他、困っていることがあれば記入してください。  
( )
- 
- 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