

介護保険 主治医意見書事前問診票

記入例

記入日: R5年 4月 1日

ふりがな	ざま たろう	住所	座間市緑ヶ丘1-1-1 〇〇ハイツ 101号室	電話	046-000-0000
本人氏名	座間 太郎			生年月日	S 10年 10月 10日 88歳
<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現在の介護度	<input checked="" type="checkbox"/> なし ・ 要支援() ・ 要介護()		記入者氏名	座間 花子
記入者続柄	<input type="checkbox"/> ご本人 <input checked="" type="checkbox"/> ご家族(長女) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー			記入者連絡先	090-111-1111
担当ケアマネジャーは?	<input type="checkbox"/> いる 事業所名() <input checked="" type="checkbox"/> いない 担当者名()			同意欄 <small>(ご本人ご家族が記入した場合は不要)</small>	上記記入者が記入提出する事に同意します
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある *ある場合は、あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください				
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input checked="" type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()					
今回の申請	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更		申請の理由について、あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください		
<input type="checkbox"/> 今回は更新申請で、前回の状況と変化はない。 <input type="checkbox"/> 更新申請だが、下記のように状況に変化がある。					
<input checked="" type="checkbox"/> 立ち上がりや歩行が不安定で転びやすい <input checked="" type="checkbox"/> 筋力、移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 尿漏れ、失禁が増えた <input type="checkbox"/> 家から出ない <input type="checkbox"/> 家事ができなくなった <input type="checkbox"/> お風呂に入れない <input type="checkbox"/> 薬の管理ができない <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 介護負担が増えた <input type="checkbox"/> ベッドを借りたい <input checked="" type="checkbox"/> 家を整えたい(段差や手すり等) <input checked="" type="checkbox"/> その他(手すりを付けたい。リハビリを受けたい。)					
生活の状況について、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください					3-(1)
<input type="checkbox"/> お体に不自由なところはない <input checked="" type="checkbox"/> 左端に <input checked="" type="checkbox"/> が付いたら⇒の右のどちらか近い方に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい					
<input checked="" type="checkbox"/> 何らかの不自由はあるが、一人で外出できる ⇒ <input type="checkbox"/> 一人でバスや電車を利用できる(J1) <input checked="" type="checkbox"/> 隣近所なら外出できる(J2)					
<input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立している ⇒ <input type="checkbox"/> 介助者と外出する(A1) <input type="checkbox"/> 寝たり起きたりで外出は少ない(A2)					
<input type="checkbox"/> 座ることはできるが、ベッド上での生活が主体 ⇒ <input type="checkbox"/> 車いすに自分で乗れる(B1) <input type="checkbox"/> 車いすに自分で乗れない(B2)					
<input type="checkbox"/> ほぼ寝たきりで、座ることもできない ⇒ <input type="checkbox"/> 自分で寝返りできる(C1) <input type="checkbox"/> 自分では寝返りできない(C2)					
物忘れや気になる言動について、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください					3-(1)
<input type="checkbox"/> 物忘れや気になる言動はなく、日常生活は特に問題ない (O)					
<input checked="" type="checkbox"/> 何らかの認知症状はあるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している (I)					
<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家庭外でみられるが、誰かが注意していれば自立できる(例:道に迷ったり、買い物で計算ができない等) (IIa)					
<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家庭内でみられるが、誰かが注意していれば自立できる(例:服薬管理や電話や来客の対応ができないなど、一人で留守番ができない等) (IIb)					
<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日中を中心にみられ介護を必要とする (IIIa)					
<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夜間を中心にみられ介護を必要とする (IIIb)					
<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頻繁にみられ、常に介護を必要とする (IV)					
<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医の治療が必要(例:暴力行為等) (M)					
記憶や意思について、近いものに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください					3-(2)
少し前(5分~10分前)のことについて思い出せますか	<input checked="" type="checkbox"/> 思い出せる		<input type="checkbox"/> 思い出せない	短期	
物事の判断や決断ができますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要		<input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない	認知	
自分の意思を伝えることができますか	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> 具体的要求に限られる		<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 伝えられない	伝達	

日常生活で次のような行動はありますか？ あてはまるものすべてに☑をご記入ください		3-(3)
<input type="checkbox"/> あてはまるような行動はない	<input type="checkbox"/> あてもなく歩き回る。外に出て帰れなくなる	
<input type="checkbox"/> 存在しないものが見えたり、音が聞こえたりする	<input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある	
<input type="checkbox"/> 物を盗られたなどの被害妄想がある	<input type="checkbox"/> 便をいじったり、おむつを外したりする	
<input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している	<input type="checkbox"/> 食べ物ではない物を食べたり、口に入れたりする	
<input type="checkbox"/> すぐに怒ったり、暴言や暴力を振るう	<input type="checkbox"/> 性的な問題行動がある	
<input type="checkbox"/> 介護に抵抗する	<input checked="" type="checkbox"/> その他(買物に行くと、毎回同じものを買って腐らせてしまう。)	
精神的なことで、ご本人が困っていることはありますか？ある場合は、具体的に困っていることをご記入ください		3-(4)
<input type="checkbox"/> 精神的な困りごとはない <input checked="" type="checkbox"/> 精神的な困りごとがある (自分が伝えたいことを上手に伝えられないと落ち込んでしまう)		
上記の症状で、病院を受診しましたか <input type="checkbox"/> 受診した(病院名:) <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> わからない		
お体の状況について、あてはまるものすべてに☑をご記入ください ある場合は部位をご記入ください		3-(5)
利き腕 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身長 155cm	体重 50kg : 半年前と比べ2kg以上 <input type="checkbox"/> 増えた <input checked="" type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変化なし
手、足、指の欠損	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 部位()	
麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 部位()	
筋力の低下	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある: 部位(両足)	
関節の拘縮(動かない、動きにくい等)	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある: 部位(両足)	
関節の痛み	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある: 部位(膝)	
しびれ・ふるえ	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 部位()	
褥瘡(床ずれ)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 部位()	
その他皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 部位()	
日常生活について、あてはまるものに☑をご記入ください		4
屋外歩行は : <input checked="" type="checkbox"/> 一人でしている <input type="checkbox"/> 介助によりしている <input type="checkbox"/> していない(できない)		4-(1)
車いすは : <input checked="" type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 自分で操作して使用している <input type="checkbox"/> 主に他の人が操作して使用している		4-(1)
歩行器や杖について : <input checked="" type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 屋外で使用している <input type="checkbox"/> 家の中で使用している		4-(1)
食事について : <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる(見守り含む) <input type="checkbox"/> 全面介助が必要		4-(2)
栄養や食生活について: <input type="checkbox"/> 栄養状態は良好 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態が不良: 具体的に(3ヶ月程前から食欲がなく、やせてしまい心配です。)		
利用を希望する(継続を含む)サービスはありますか？あてはまるものすべてに☑をご記入ください		4-(5)
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護(相談支援含む) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与、購入 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他()		
困っていることや先生に相談したいこと、希望すること等があれば具体的に記入ください		
筋力の低下と膝の痛みで、歩行が不安定です。転倒ないようにリハビリを受けたいと思っているので、リハビリが受けれるようにしてほしい。また、2カ月前から、食べる量が少なくなり体重が減ってしまって心配しています。		