

## □主治医意見書予診票□

介護保険主治医意見書記載のため、以下の項目についてご記入をお願いいたします。ご自宅での生活の様子を診察時の限られた情報から限なく網羅して主治医意見書に必要な情報をすべて収集することは困難です。生活の不自由さ、意思疎通の困難さ、認知機能の低下など自覚症状が乏しく、患者さんご自身が分からぬこともあります。介護保険認定のための判断材料として、医師が把握している診察時の疾患情報よりも重要な情報です。認定に必要な情報を主治医意見書に反映させるため、お近くで普段の様子を見ていらっしゃる、ご家族の方や、ご自宅での様子を見ていらっしゃるケアマネージャーの方など、極力、他の方に記載してもらうようにお願いいたします。

記入日 令和 年 月 日

●申請者（介護サービス利用者）の氏名、生年月日について教えてください。

氏名： 生年月日：大正・昭和 年 月 日

●本予診票を記載いただいた方について教えてください。

記載者氏名： 続柄：

●今回の介護保険申請について教えてください。

新規  更新申請  区分変更申請

更新または区分変更申請の場合 前回の申請時期 ( 年 月 頃 )

●更新申請、区分変更申請の方にお尋ねします。現在の介護認定状況について教えてください。

要支援1  要支援2  
 要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5

前回の意見書記載の病院： ( 当院 ・ 他院 ) 他院の場合 病院名 ( )

前回の意見書記載時は入院中でしたか？ ( はい ・ いいえ )

現在の介護サービス利用状況  デイサービス (週 回)  ショートステイ (週 回)

訪問看護 (週 回)  訪問リハビリ (週 回)  ホームヘルパー (週 回)

ベッド・手すり等介護用品レンタル  その他

●新規申請の方、区分変更申請の方は、今回介護保険を申請しようと思った理由、区分変更申請しようと思った理由を教えてください。

●当院以外に継続的に通院している病院があれば、病院名と疾患名、治療内容につき教えてください。

病院名：

疾患名：

治療内容：

●今までに掛かった大きな病気につき、疾患名と治療内容（手術の有無）、治療した年齢等につきわかる範囲で教えてください。

●日常生活における身体の状態について、該当するものを 1つ選んでください。

〇 からだの不自由なところはない。日常生活は自立している。

J からは不自由であるが、1人で外出できる。

Jを選んだ場合 →  J 1 バスや電車などに乗って1人で外出できる。

J 2 隣近所へなら1人で外出できる。

A 介助があれば外出できる。日常生活で車椅子は使用していない。(病院等での一時的な車椅子使用は除く)

Aを選んだ場合 →  A 1 日中はほとんどベッドから離れて生活している。

A 2 日中も寝たり起きたりの生活で、ベッドで日中も過ごす時間が多い。

B 日常生活に車椅子が必要。車椅子に1人で座っていることはできる。

Bを選んだ場合 →  B 1 車椅子には自力で移乗できる。食事、排泄は人の手を借りず自分でできる。

B 2 車椅子に移乗する際に介助が必要。車椅子に座っていることはできる。

C 1日中ベッド上で過ごす。排泄、食事、着替えに介助を要する。

Cを選んだ場合 →  C 1 自力で寝返りは打てる。

C 2 自力で寝返りも打てない。

●日常生活における認知機能の状態について、該当するものを 1つ選んでください。認知症によらない場合も含んで判断してください。

〇 認知機能の問題はない。

I 多少の物忘れなどはあるが、社会的に日常生活はほぼ自立している。

IIa 家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動、意思疎通の困難さが多少ある。誰かが注意していれば自立できる。(たびたび道に迷う、買物や事務、管理などそれまでできていたことにミスが目立つなど)

IIb 家庭内で日常生活に支障をきたすような症状、行動、意思疎通の困難さが多少ある。誰かが注意していれば自立できる。(服薬管理ができない、電話応対や訪問者対応ができない、1人で留守番ができないなど)

IIIa 日中を中心として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る。(着替え、食事・排泄が上手にできない、時間がかかる、やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的問題行動など)

IIIb 夜間を中心として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る。(着替え、食事・排泄が上手にできない、時間がかかる、やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的問題行動など)

IV 一日中、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る。目を離すと危険な状況が生まれるため目を離せない。常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。(せん妄、妄想、興奮、暴力、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態など)

●ひどい物忘れはありますか？（ある・ときどき・ない）

●毎日の生活は自分1人の判断や意志でできますか？

（できる・だいたいできる・あまりできない・できない）

●自分がしたいこと、言いたいことを相手に伝えられますか？

（伝わる・だいたい伝わる・あまり伝わらない・まったく伝わらない）

●実際には見えたり、聞こえたりしますか？（ある・ときどきある・ない）

●お金を取られた、盗まれたなど実際にはなかったことをあるようにいうことがありますか？

（ある・ときどきある・ない）

●昼間寝ている、夜間に動き回る、夜間に大声を出すなど昼夜が逆転していますか？

（ある・ときどきある・ない）

●今までになかった暴言をはくことはありますか？（ある・ときどきある・ない）

●介護に抵抗することはありますか？（ある・ときどきある・ない）

●介護者や家族に暴力をすることはありますか？（ある・ときどきある・ない）

- 目的もなく歩き回ったり外出することはありますか？（ある・ときどきある・ない）
- ガスコンロなど火の消し忘れ、火の不始末はありますか？（ある・ときどきある・ない）
- 排泄後などに便や尿に触れて手や周囲の壁などを汚染することはありますか？  
（ある・ときどきある・ない）
- 食べものでないものを食べようとする、または口に入れることはありますか？  
（ある・ときどきある・ない）
- 介護者や家族が迷惑するような性的問題行動はありますか？（ある・ときどきある・ない）
- 1人暮らしですか？ 家族と同居されていますか？ または施設に入所されていますか？  
（1人暮らし・家族と同居・施設入所）
- 内服管理は自分でできますか？（できる・できない）  
内服管理が自分でできない場合、どなたが管理されていますか？（管理されている方）
- 内服管理に関して、一包化や粉碎など配慮していることがあれば教えてください。  
(一包化・粉碎・その他 具体的に)
- 内服飲み忘れは週1回以上ありますか？（ある・ない）
- 利き手はどちらですか？（右手・左手）
- だいたいの身長と体重を教えてください。（身長 cm、体重 kg）
- 過去6ヶ月の体重の変化はありましたか？（増えた・変わらない・減った）
- 手・足・指などに欠損（切断）はありますか？（ある・ない）  
ある場合は欠損（切断）部位を教えてください。（）
- 麻痺している手・足はありますか？（ある・ない）  
ある場合は麻痺部位を教えてください。（右手・左手・右足・左手・その他）
- 力が入らず不自由なところはありますか？（ある・ない）  
ある場合は力の入りづらい部位を教えてください。（右手・左手・右足・左手）  
その他力の入りづらい部位があれば教えてください。（）
- 関節が固まって（拘縮して）動きづらく不自由なところはありますか？（ある・ない）  
ある場合は部位を教えてください。（）
- 関節が痛むところはありますか？（ある・ない）  
ある場合は部位を教えてください。（）
- 手のふるえ、顔面のけいれんなど自分の意思ではない身体の動きはありますか？（ある・ない）  
ある場合は部位を教えてください。（）
- 床ずれ（褥瘡：じょくそう）はありますか？（ある・ない）  
ある場合は部位を教えてください。（）
- 床ずれ（褥瘡：じょくそう）以外の皮膚の病気はありますか？（ある・ない）  
ある場合は疾患名と部位を教えてください。（）
- 屋外を歩くことはできますか？（1人でできる・介助があればできる・できない）
- 車椅子を使用していますか？（自宅・入居施設等でも使用する・病院等でだけ使用する・使用しない）  
車椅子使用する場合操作は誰がしていますか？（自分で操作する・他の人が操作する）  
車椅子への乗り移りは1人でできますか？（1人でできる・介助が必要）  
介助が必要な場合、どういう介助が必要ですか？（）
- 杖や歩行器、装具などは使っていますか？（使っている・使っていない）  
使っている場合、屋内・屋外のどちらで必要ですか？（屋内・屋外・屋内外で必要）  
使っている場合、どのような装具を使っていますか？（）
- 食事は1人でできますか？（できる・なんとかできる・できない）  
介助が必要な場合どのような介助が必要ですか？（）
- 食欲はありますか？（ある・ときどきない・ない）

- 食べ物や飲み物をむせずに飲みこむことができますか？（できる・できない）  
むせる場合 とろみや刻み食など必要な配慮につき記載してください（）
- 食べ物アレルギーはありますか？（ある・ない）  
ある場合 アレルギー食材（）
- 栄養・食生活等につき、その他配慮が必要なことがあれば記載してください（）
- 歯磨き、清容は1人でできますか？（できる・声掛けがあればできる・できない）
- 便や尿をもらすこと（失禁）はありますか？（ある・ない）
- おむつやりハビリパンツの使用はありますか？（ある・ない）  
おむつ内に排泄することはありますか？（ある・ない）  
おむつ等の片付けなど処理は誰がしていますか？（自分・介助者）
- トイレに行く場合、トイレに間に合わないことはありますか？（ある・ない）
- トイレに行く場合、排泄後トイレ周辺の汚染などはありますか？（ある・ない）
- ストーマ（人工肛門）はありますか？（ある・ない）
- 着替え（更衣）は1人でできますか？  
(問題なくできる・時間がかかるがなんとかできる・一部介助が必要・介助が必要)
- 入浴は1人でできますか？（問題なくできる・一部介助が必要・介助が必要）
- 転ぶことはありますか？（よくある・ときどきある・たまにある・ほとんどない）
- 閉じこもりや意欲の低下はありますか？（ある・ない）
- 希望する介護サービスがあれば記載してください。  
また現在利用しているものでも、回数を増やしたいなどの希望があれば具体的に記載してください。

●その他主治医意見書記載にあたり、伝えておきたいことがあれば、自由にご記入ください。

日常生活や介護で困っていること、マイナンバーカードや財布、鍵、印鑑など貴重品を頻回になくす、冷蔵庫に賞味期限切れの食品が多い、家にあるのに同じ物をまた買ってきてしまうなど生活におかしな様子があれば、具体的な記入をお願いします。