介護保険　主治医意見書予診票

記載日　　平成　　　　年　　　　月　　　　日

※本院にて主治医意見書の作成を依頼される場合は、必ず主治医の了解を得てから予診票を郵送もしくは医事課（入院棟3階　④文書受付）まで提出いただきますよう、お願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| □本院の医師に介護保険　主治医意見書の作成について依頼されましたか  平成　　　年　　　月　　　日依頼済（主治医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □現在入院中である | |
| 申請者(患者)氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診察券番号  生年月日　　　　　明・大・昭　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 記載者氏名 （主に連絡をとれる方の記載もお願いします）  続柄  電話番号 | |
| 現在継続的に診断・治療を受けている病院・診療所が本院以外にありますか　　□ない  □ある（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科名：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| １．日常の生活の様子についてお聞きします。１つ選んでレ印をつけてください。 | |
| 正　　常  自立歩行  介助歩行  車いす生活  寝たきり生活 | □　日常生活上の支障はない（正常）  □　交通機関等を利用して外出できる（J1）　　□　隣近所なら外出できる（J2）  □　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する（A1）  □　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている（A2）  □　自分一人で車いすに乗り移ることができ、食事、排泄はベッドから離れて行う（B1）  □　介助がなければ車いすに乗り移ることができない（B2）  □　排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自分で寝返りが打てる（C1）  □　生活全般に介助を要する。自力では寝返りも打てない（C2） |
| ２．物忘れの状態についてお聞きします。１つ選んでレ印をつけてください。 | |
| □　特にない（正常）  　□　以前より忘れやすくなったり話がくどくなったりしているが、生活上の支障はない（Ⅰ）  　□　家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でお釣りを間違えたりする（Ⅱa）  　□　電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活はなんとかできる（Ⅱb）  　□　着替え・食事・排泄が一人でうまくできない。理由もなく、外へ出歩いてしまったりすることがある（Ⅲa）  　□　前記の状態が、週１回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある（Ⅲｂ）  　□　昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできない（Ⅳ）  　□　被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない（Ⅴ） | |
| ３．理解することや記憶したりすることについてお聞きします | |
| ・　直前のことをすぐ忘れてしまうことがよくありますか　　　　□よくある　　　□あまりない  ・　自分一人の判断や意思で行動できますか　　　□できる　　□多少困難　□見守りが必要　□できない  ・　自分の要求や意思を相手に伝えられますか　　□できる　　□多少困難　□具体的要求のみ　□できない | |
| ４．日常の生活で問題となる行動についてお聞きします | |
| ・　実際に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　　□ある　　　□ない  　・　実際になかったことをあったかのように言うことがありますか　　□ある　　　□ない  　・　昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声を出すことがありますか　　　□ある　　　□ない  　・　家族や介護者に暴言を吐くことがありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　家族や介護者に暴力を振るうことがありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　介護に抵抗したり、または拒否することがありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　目的もなく歩き回ったり、外出（徘徊）したりすることがありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　排便後などに便や尿に触ったり、まき散らしたりすることがありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか　　　　□ある　　　□ない  　・　まわりが迷惑するような性的な言動や行為がありますか　　　　□ある　　　□ない | |
| ５．身体の様子についてお聞きします | |
| ・　健康な時の利き腕はどちらですか　　　　□右　　　□左  　・　身長（　　　　　　　　　　　　cm）体重（　　　　　　　　　　　　　kg）※おおよその数値で結構です  　・　手、足、指などに欠損があればその部位をご記入ください（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　・　麻痺や力が入らず、不自由なところがあればご記入ください  （部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　程度：□軽　　□中　　□重）  　・　関節の動きが悪く、不自由なところがあればご記入ください  （部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　程度：□軽　　□中　　□重）  　・　関節の痛みがあればご記入ください（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　程度：□軽　　□中　　□重）  　・　自分の意思に反した動き（ふるえなど）があればご記入ください（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　・　床擦れがあればご記入ください（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　程度：□軽　　□中　　□重）  　・　皮膚病があればご記入ください（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　程度：□軽　　□中　　□重） | |
| ６．現在の生活についてお聞きします | |
| ・　屋外を歩くことができますか　　□できる　　　□介助があればできる　　　□できない  　・　車いすを使っていますか　　□使っていない　　　□主に自分で操作している　　　□主に他人が操作している  　・　杖や歩行器または装具を使っていますか　　　□使っていない　　　□屋外で使用　　　□屋内で使用  　・　食事は自分で食べられますか　　　□自分で食べられる　　　□介助が必要  　・　食べ物をスムーズに飲み込むことができますか　　　□できる　　　□何とかできる　　　□できない  　・　便や尿をもらすことがありますか　　　□ない　　　□ときどき　　　□ある  　・　よく転ぶことがありますか　　　□ない　　　□ときどき　　　□ある  　・　閉じこもりや意欲の低下などありませんか　　　□ない　　　□ある | |
| ７．利用したいサービスすべてにレ印を付けてください | |
| □訪問診療　　　□訪問看護　　　□看護職員の訪問による相談・支援　　　□訪問歯科診療  □訪問薬剤管理指導　　　□訪問リハビリテーション　　　□短期入所療養介護　　　□訪問歯科衛生指導  □訪問栄養食事指導　　　□通所リハビリテーション　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ８．その他、困っていることがありましたらご記入ください | |
|  | |

ご協力ありがとうございました。

地方独立行政法人桑名市総合医療センター