

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。

[illegible]