

# 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できますか。 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、暴力をふるつ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できますか。 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つ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。

15 排便後、便を触ったり、隠したりすることはありませんか。	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 うとうと 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 する事が多くありますか。	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(一部分がない)がありますか。	はい · いいえ
24 マヒや力が入らず、不自由なところはありますか。	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 【 自分での操作はできますか 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。 ( )	はい · いいえ
36 その他、困っていることがありますか。 ある場合は記入してください。 ( )	はい · いいえ
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