

介護保険要介護認定の申請をされる皆様へ

府中地区医師会

介護保険の要介護認定申請をされた皆様に対して、主治医は意見書を作成いたします。

この意見書は、要介護認定のための重要な資料となります。

正確な意見書を作成するために、次の「主治医意見書作成のための予診票」にご記入の上、医療機関を受診していただき、その際、この予診票を主治医にお渡しくださいますようお願いいたします。

主治医意見書作成のための予診票

記入日 年 月 日

申請者本人(患者)名前 予診票記入者名前 関係

(生年月日) 明・大・昭 年 月 日 (歳) (性別) 男・女

1 要介護認定を受けていますか？ 該当の□に印をつけてください。

初めて

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

2 家族構成についてお聞きします。

1人暮らし 2人以上→2人以上の場合、本人との続柄をチェックして下さい。(複数回答可)

配偶者 子 子の配偶者 孫 兄弟・姉妹 その他()

3 現在、認定申請書に記入した主治医以外にかかっていますか？ いる いない

内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科

泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科

その他()

4 生活機能低下の直接の原因となっている病名や症状は何ですか？

(例えば、認知症、脳梗塞後遺症、膝関節症、高齢による筋力低下など)

病名： 昭和・平成 年 月頃から・不明

5 入院や手術など今までにかかった病気や現在治療中の病名を記入してください。

| 病名 | 病院名 | いつ頃 |
|----|-----|---------------|
| | | 昭・平・令 年 月頃・不明 |

(裏面にもご記入ください)

6 日常生活の様子について、次の9項目から1つ選んで口に印をつけてください。

- (自立) 日常生活の支障はない。
- (J 1) 交通機関等を利用して、外出できる。
- (J 2) 隣近所なら、外出できる。
- (A 1) 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。
- (A 2) 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。
- (B 1) 自分ひとりで車椅子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。
- (B 2) 介助がなければ車椅子に乗り移ることができない。
- (C 1) 排泄・食事・着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてる。
- (C 2) 生活全般に介助を要する。自力で寝返りをうてない。

7 もの忘れの状態について、次の8項目から1つ選んで口に印をつけてください。

- (自立) ひどい物忘れはない。
- (I) 話があくどくなったり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。
- (II-a) 今まで出来ていたことにミス(道に迷うとか買い物が一人でできないなど)が目立つようになってきた。
- (II-b) 服薬管理ができなかったり、一人で留守番ができなかったりするが、誰かが注意していれば日常生活はなんとかできる。
- (III-a) 着替え・食事・排泄がうまくできず、時間がかかる。用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられない物を口にいれたり、大声を出したりして、注意しても理解できないことがある。
- (III-b) 前記の状態が、週1回以上、夜間に頻回にみられ、注意しても理解できないことがある。
- (IV) 日常生活に支障を来すような症状や問題行動、意思疎通の困難さがあり常に目が離せない。
- (M) 被害妄想・暴力など著しい精神症状がみられ専門医療を必要とする。

8 理解や記憶についてお聞きします。

- ・ 10分前にとった食事の内容を覚えていますか？ (おぼえている・おぼえていない)
- ・ 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・見守る必要あり・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)

9 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。

- ・ 実際には無いものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ 実際には無かったことをあったかのように言うことがありますか？ (ない・時々・ある)
(例えば、お金や大切な物が取られたとかなくなったと言うことがありますか？)
- ・ 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？ (ない・時々・ある)
- ・ 家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ 目的なく動き回ったり、外出したり(徘徊)することがありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ 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？ (ない・時々・ある)
- ・ 便など触ったり、まき散らしたりすることがありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ 食べ物でないものを食べることがありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ 周囲の人が迷惑するような性的行動がありますか？ (ない・時々・ある)
- ・ その他、問題と思われる行動がありますか？あれば具体的にご記入下さい。

(2枚目にもご記入ください。)

10 精神疾患のため、専門医の受診を受けていますか？ (受けている・受けていない)
(受けていると答えられた方はどのような症状のためか具体的に記入してください。)

11 からだの状態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？ (右利き・左利き)
- ・身長 (cm) 体重 (kg) (およその数値で結構ですので必ず記載をお願いします。)
- ・最近半年間の体重の変化(2 kg以上)は？ (増加・維持・減少・不明)
- ・手、足、指などに欠損がありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・麻痺がありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・力が入らず不自由なところがありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・関節の動きが悪いところがありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・関節の痛みがありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・自分の意思に反した動き(ふるえなど)は、ありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・床ずれ(じょくそう)はありますか？ (ない・ある 部位:)
- ・皮膚病(水虫なども含む)はありますか？ (ない・ある 部位:)

12 現在の介護の様子をお聞きします。

- ・屋外の歩行は一人でできますか？ (できる・介助があればできる・できない)
- ・車いすの使用について (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)
- ・歩行を助ける道具(杖、歩行器、装具)を使用していますか？ (していない・屋外で使用・屋内で使用)
- ・食事は自分で食べられますか？ (できる・何とかできる・できない・摂取していない)
- ・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)

13 現在ある状況すべてにチェックをつけて下さい。

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿をもらす | <input type="checkbox"/> 転倒が多い | <input type="checkbox"/> 寝て過ごすことが多い | <input type="checkbox"/> 褥瘡がある |
| <input type="checkbox"/> 心臓や肺の病気がある | <input type="checkbox"/> 家に閉じこもる | <input type="checkbox"/> 何もする気がおきない | <input type="checkbox"/> 徘徊する |
| <input type="checkbox"/> 食事が十分取れない | <input type="checkbox"/> 食物の飲み込みが悪い | <input type="checkbox"/> 水分が十分取れない | |
| <input type="checkbox"/> 病気にかかりやすい | <input type="checkbox"/> がん等の痛みがある | <input type="checkbox"/> その他() | |

14 希望することや困っていることなどがあれば記入してください。

(特にひどい物忘れ等で問題行動がある場合は、困っている内容を具体的に記入してください。)