

これは主治医意見書作成に際し、被保険者の方の状態をより正確に把握するための予診票です。

以下の質問について答えられる範囲で、ご本人(被保険者)もしくはご家族など介護者によりご記入下さい。

被保険者	被保険者番号	
	現在の介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5
	明・大・昭 年 月 日生	
記入者	被保険者との関係 ()	〒 連絡先 ()

1. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか？

病名・症状	病院・診療所名	診療科名	いつから

2. 今までにかかった主な病気や手術がありますか？

病名・手術名など	いつ頃
	昭和・平成 年 月頃 ・ 不明
	昭和・平成 年 月頃 ・ 不明
	昭和・平成 年 月頃 ・ 不明

3. 介護保険を申請した主な理由は何ですか？ (手足が不自由 ・ 寝たきり ・ ひどいもの忘れ ・ その他)

4. 被保険者の状態は6ヶ月前と比べてどうですか？ (安定している ・ 不安定)
不安定の場合、どのような点が不安定ですか？ ()

5. 日常生活の様子についてお聞きします。1つ選んで□に✓印をつけてください。

- 【正常】日常生活上の支障はない。
- 【自立歩行(杖使用)】交通機関等を使用して外出できる。
- 【自立歩行(杖使用)】隣近所なら外出できる。
- 【介助歩行】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をしている。
- 【介助歩行】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。
- 【車いす生活】自分一人で車いすに乗り移ることができ、食事、排尿、排便はベッドから離れて行う。
- 【車いす生活】介助がなければ車いすに乗り移ることができない。
- 【寝たきり生活】排尿・排便、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りを打てる。
- 【寝たきり生活】生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない。

6. もの忘れの状態についてお聞きします。1つ選んで□に✓印をつけてください。

- 特にない。
- 話がぐどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。
- 道に迷う、また買い物など今までできていたことにミスが目立つようになってきた。
- 電話や訪問者との対応などがむずかしく一人で留守番ができないが、日常生活は何とかなる。
- 一人で着替え、食事、トイレがうまくできず、時間がかかる。わけもなくグルグルと動き回る。
 食べられないものを口に入れたり、大声や奇声を上げるが、注意してもわからないこともある。
- 前記の状態が週に一回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある。
- 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずにあり、常に目が離せない。

7. 理解や記憶についてお聞きします。(当てはまると思われるものを○で囲んで下さい)

10分前に食べた食事の内容を覚えていますか？	覚えている ・ 覚えていない
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 ・ 常に見守りが必要 ・ 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

(裏面もご記入下さい)

8. 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。

実際にはないものが見えたり聞こえたりすることがありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い
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？ (例) お金や大切なものが盗られたとか無くなったなど	ある ・ 時々 ・ 無い
昼間寝ていて、夜中に動き回ったり大声を出すことがありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い
家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力をふるうことがありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い
介護に抵抗したり、または拒否をすることがありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い
目的も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？	ある ・ 時々 ・ 無い
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 ・ 時々 ・ 無い
便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い
食べられないものを食べたりすることがありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い
ひわいな言動がありますか？	ある ・ 時々 ・ 無い

9. 身体の様子についてお聞きします。(当てはまると思われる方を○で囲んで下さい)

話すことはスムーズにできますか？	できる ・ できない
健康なときの利き腕はどちらですか？	右 ・ 左
身長 (cm) 体重 (kg)、ここ半年で体重の変化はありますか？	ある ・ ない
手・足・指などに欠損がありますか？	ある ・ ない
麻痺や身体に力が入らず不自由なことがありますか？	ある ・ ない
関節の動きが悪かったり、関節の痛みで不自由なところがありますか？	ある ・ ない
自分の意思に反した身体の動き(ふるえなど)がありますか？	ある ・ ない
床ずれ(じょくそう)がありますか？	ある ・ ない
皮膚病がありますか？	ある ・ ない

10. 現在の介護の様子をお聞きします。(当てはまると思われる方を○で囲んで下さい)

屋外の歩行は一人でできますか？	できる ・ できない
車椅子を使用されている方は自分で動かせますか？	できる ・ できない
食事は自分で食べられますか？	できる ・ できない
食べ物をスムーズに飲み込むことができますか？	できる ・ できない
一人で着替えができますか？	できる ・ できない
一人で入浴ができますか？	できる ・ できない
一人で排尿・排便ができますか？	できる ・ できない
掃除が自分でできますか？	できる ・ できない
薬・金銭の管理が自分でできますか？	できる ・ できない

11. 現在ある状況すべてに✓印を付けて下さい。

尿をもらす 家にとじこもる 杖、老人車を使用している 食欲がない 意欲がない 痛みがある

12. 現在利用しているサービスすべてに✓印を付けて下さい。

訪問診療 訪問看護 ヘルパー派遣(訪問介護) 訪問歯科診療 訪問リハビリテーション
入浴サービス デイサービス デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) 配食サービス
ショートステイ(短期間施設に泊まる) 住居改修 福祉用具の貸与や購入 施設入所

13. 今後利用したいサービスすべてに✓印を付けて下さい。

訪問診療 訪問看護 ヘルパー派遣(訪問介護) 訪問歯科診療 訪問リハビリテーション
入浴サービス デイサービス デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) 配食サービス
ショートステイ(短期間施設に泊まる) 住居改修 福祉用具の貸与や購入 施設入所

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下さい。(入りきれない場合は別紙にご記入ください)

(すでに介護度をお持ちの方は、前回の申請時の状態と今回を比較して、どのように変わったかをお書き下さい。)