

介護保険主治医意見書 事前確認票

主治医意見書作成の参考にします。ご本人・ご家族・ケアマネジャー等、日頃の状態が分かる方がご記入ください。

患者氏名		記入日	令和 年 月 日
記入者氏名		本人との関係	

1. 介護保険・受診状況

介護保険の認定を受けていますか？

☐ いない（新規申請） ☐ いる（更新申請・区分変更申請）

「いる」の場合、前回の介護度

☐ 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

介護保険の認定を受けようと思った理由（複数可）

☐ 身体が不自由になった ☐ 認知症の症状がある ☐ 膝・腰が悪くなった ☐ 脳出血・脳梗塞等になった
☐ 障がいの認定を受けている ☐ がんになった ☐ その他：

他の先生（医師・医院）にかかっていますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、診療科（複数可）

☐ 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：

2. 身体の状態

からだの不自由さについて、最も近いものを1つ選んでください。

- ☐ 全くない。
- ☐ 多少不自由だが、バス・タクシー等を利用して一人で外出できる。
- ☐ 多少不自由だが、隣近所なら歩いて外出できる。
- ☐ 一人での外出は難しいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。
- ☐ 介助してもらっても外出は少なく、家の中では横になっていることが多い。
- ☐ 車いすが必要な生活だが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。
- ☐ 車いすへの乗り降りも一人では難しいが、座っていることはできる。
- ☐ 一日中ベッドで生活し、排泄・食事・着替えに介助が必要だが、寝返りはうてる。
- ☐ 一日中ベッドで生活し、排泄・食事・着替えに介助が必要で、寝返りもうてない。

きき腕

☐ 右 ☐ 左

身長・体重

身長： cm 体重： kg

過去6か月の体重変化

☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少

日常生活に支障をきたす程度の関節痛（複数可）

☐ 肩 ☐ 股 ☐ 肘 ☐ 膝 ☐ その他： ☐ なし

3. 認知機能・意思疎通

認知症の進み具合について、最も近いものを1つ選んでください。

- ☐ 認知症はない。
- ☐ 物忘れなど少し精神面のおとろえはあるが、一応一人でも生活できる。
- ☐ 家の外で、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりを間違えたりする。
- ☐ 家の中でも薬を飲み忘れたり、電話や来客への対応ができない。
- ☐ 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いたりすることがある。
- ☐ 夜間、トイレで不始末をしたり外へ出歩いたりして、家族が起こされる。
- ☐ 昼も夜も目が離せず、家族がおちついて眠ることもできない。
- ☐ 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。

物忘れはありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

日常生活で物事を自分で決める（判断する）ことができますか？

- ☐ できる ☐ だいたいできる ☐ あまりできない ☐ まったくできない

自分のしてほしいこと／ほしくないことを伝えられますか？

- ☐ 伝わる ☐ だいたい伝わる ☐ あまり伝わらない ☐ まったく伝わらない

4. 認知症に伴う症状・行動

該当する頻度にチェックしてください。

質問	ある	時々ある	ない
実際にはいない人・虫・動物などが見えると言う。	☐	☐	☐
金品を盗まれたなど、実際にはないことを言う。	☐	☐	☐
昼間寝て、夜騒ぐ。	☐	☐	☐
介護する人などに暴言をはく。	☐	☐	☐
介護する人などに暴行を加える。	☐	☐	☐
介護への抵抗がある。	☐	☐	☐
目的もなく出歩き、迷子になる。	☐	☐	☐
ガスの消し忘れなど、火の不始末がある。	☐	☐	☐
便をこねる、下着を何日も替えないなど不潔な行動がある。	☐	☐	☐
紙や消しゴムなど、通常食べられないものを食べる。	☐	☐	☐
性的問題行動 性的な問題行動がある。	☐	☐	☐

5. 移動・福祉用具

屋外歩行について、最も近いものを1つ選んでください。

- ☐ 自分だけで屋外を歩いている（歩行補助具・装具・義足の使用を含む）。
- ☐ 介護する人と一緒に屋外を歩いている（直接介助・見守りを含む）。
- ☐ 屋外歩行をしていない（車いすでの屋外移動、訓練時のみの歩行を含む）。

車いすの使用について、最も近いものを1つ選んでください。

- ☐ まったく用いていない。
- ☐ 用いることがあり、主に自分で操作している。
- ☐ 用いることがあり、主に他人が操作している（見守りを含む）。

歩行補助具（杖・シルバーカー等）・装具の使用について、最も近いものを1つ選んでください。

- ☐ 日常生活ではまったく用いていない（訓練時のみを含む）。
- ☐ 日ごろ、屋外歩行のときに使用している。
- ☐ 日ごろ、家の中で使用している。
- ☐ 日ごろ、屋外と家の中の両方で使用している。

6. 栄養・食生活

食事行為について

- ☐ 自分ひとりで食べられる／見守り・励ましがあれば食べられる
- ☐ 他の者の全面的な介助が必要

現在の栄養状態

- ☐ 良い
- ☐ 良くない

7. 利用中・希望するサービス

現在利用している医療系サービス（複数可）

- ☐ 医師が家庭訪問して診察している。
- ☐ 看護師が自宅を訪問している。
- ☐ リハビリの専門家が自宅を訪問している。
- ☐ 通所リハビリテーション（デイケア）を利用している。
- ☐ 介護療養型医療施設・介護老人保健施設等に短期入所している。
- ☐ 歯科医師が家庭訪問して診察している。
- ☐ 歯科衛生士が家庭訪問して口腔衛生指導をしている。
- ☐ 薬剤師が家庭訪問して服薬指導をしている。
- ☐ 栄養士が家庭訪問して食事指導をしている。
- ☐ その他：

今後、希望するサービス（複数可）

- ☐ 手すりをつけたい
- ☐ 車いす・ベッドを借りたい
- ☐ 食事・風呂・掃除・買い物の手伝い
- ☐ リハビリ
- ☐ デイサービス
- ☐ その他 具体的内容：

8. その他・困っていること

介護・生活・ご家族の負担など、主治医に伝えておきたいことがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。記入が終わりましたら、FAX・メール・持参いずれかの方法で提出をお願いします。

FAX : 082-250-5221 メール : tadeclinic@gmail.com

たではらクリニック(TEL:250-5220)