

# 主治医意見書予診票（うら面にもあります）

令和 年 月 日

## ☆各医療機関の医師の皆様へ

この予診票は意見書の記載をするにあたり参考としていただけるよう申請者等から情報提供いただいたものです。必要に応じてご活用ください。

## ☆申請を提出される方へ

介護保険の主治医意見書記載のために、主治医が申請者の心身の状態を今一度把握するための予診票です。お手数ですが、以下の質問にお答えのうえ、主治医にご提出ください。

申請者本人(利用者)氏名		生年月日	年 月 日
記載者氏名		本人からみた 続柄	
記載者が事業者の場合、 事業者名称		電話番号	

1	他の先生（医師・医院）にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	かかっている場合、診療科は何ですか？あてはまるところにレ印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
2	生活に支障をきたしている直接の原因である病名、または症状をご記入ください。 病名： 症状： いつから：（ 年 月 日頃）	
3	生活に支障をきたしている直接の原因ではないが、その他の病気があればご記入ください。 病名： いつから：（ 年 月 日） 病名： いつから：（ 年 月 日） 病名： いつから：（ 年 月 日）	
4	変更申請の方は理由をご記入ください。 理由：	
5	利き腕はどちらですか？	・右利き ・左利き
6	手・足・指などに欠損はありますか？	・ある(部位 ) ・ない
7	麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？	・ある(部位 ) ・ない
8	その他、関節が痛かったり、不自由なところがありますか？	・ある(部位 ) ・ない
9	床ずれ(褥瘡)がありますか？	・ある(部位 ) ・ない
10	屋外歩行について	・ひとりで歩行可 ・介助必要 ・外で歩かない
11	車椅子使用状況	・使用しない ・自力でこげる ・押してもらい乗る

12	杖や装具の使用	・使用しない ・屋外で使用 ・室内で使用
13	食事は自分でできますか？	・できる ・何とか ・できない
14	最近の食事の量について	・増えている ・変わらない ・減っている
15	便や尿をもらすことがありますか？ (便意や尿意がわからないことがありますか？)	・ある ・ときどき ・ない
16	歩行が不安定で転びやすいですか？	・転びやすい ・大丈夫
17	食べ物や飲み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 ・できない
18	主たる介護者はどなたですか？	・独居のため介護者はいない ・夫 ・妻 ・子 ・子の配偶者 ・その他( )
19	認知面に心配なことはありますか？	・ある NO 20 へ ・ない NO 34 へ
20	ひどい物忘れがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
	ひとりで留守番ができますか？	・できる ・できない
21	毎日の生活は、自分一人の判断で出来ますか？	・できる ・何とか ・できない
22	会話はスムーズに言えますか？	・言える ・言えない
23	言いたいことを相手に伝えられますか？	・伝えられる ・いくらか困難 ・具体的要求に限られる ・伝えられない
24	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
25	実際にはなかった事があったように言うことがありますか？ (例：お金をとられたとか、なくなったとか言う)	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
26	昼夜が逆転していますか？(例：昼間に寝ていることが多く、 夜間や早朝に動き回ったり、大声を出したりする)	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
27	今までなかったような暴言をはいたり、暴力を振るったりするよう になりましたか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
28	介護に抵抗、または拒絶することがありますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
29	目的もなく歩き回ったり外出したりすることがありますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
30	ガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がありますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
31	排便後などに、便や尿に触ったりすることがありますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
32	本来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 するようなことがありますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
33	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか？	・毎日 ・週1回程度 ・月1回程度 ・ない
34	<u>現在なにか困っていることや、今後利用したい介護保険サービスがあればお書きください。</u>	

申請された皆様へ

美幌町 福祉部保健福祉課 高齢介護グループ

## これは「主治医意見書予診票<sup>よ しんひょう</sup>」です。

主治医が意見書記入の参考にできるよう、日頃の状態をわかる範囲で記入のうえ、主治医に提出して下さい。

この予診票は任意ですが、ご協力くださいますようお願いいたします。

また、主治医意見書は美幌町高齢介護グループから、主治医へ直接依頼しますが、ご本人又はご家族等からも認定申請している旨を主治医にお伝えください。

### 【 問い合わせ先 】

美幌町 福祉部保健福祉課 高齢介護グループ

場 所： 美幌町役場 1階（窓口6番）

代表電話： 0152-73-1111（内線2331～2336）

直通電話： 0152-77-6542、0152-77-6543