

(この予診票は受取後できるだけ早く(1週間以内)主治医に提出してください)

記入日 令和 年 月 日

この予診票は、要介護認定にあたって必要な主治医意見書を作成するための参考資料として活用されます。主治医意見書を作成する医師に書いてお渡しください(代理の方でも結構です)。

介護保険の要介護認定では、普段の家庭での様子を把握することが特に重要ですので、以下の質問について、答えられる範囲でご記入いただくよう、ご協力をお願いします。

なお、予診票を医師にお渡しする際、服用中の薬剤がわかる「おくすり手帳」などをお持ちいただければ助かります。

申請者本人(利用者)氏名		生年月日	年 月 日
記載者氏名		続 柄	

1 現在、診療や治療を受けている病気がありますか？ (ある・ない) ※どちらかに○印をつけてください。

病名・症状	病院・診療所名	診療科名	いつから
1			
2			
3			

2 今までにかかった主な病気や手術がありますか？ (ある・ない) ※どちらかに○印をつけてください。

病名・手術名など	いつ頃
1	昭和・平成・令和 年 月頃 不明
2	昭和・平成・令和 年 月頃 不明
3	昭和・平成・令和 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・ひどい物忘れ・その他) ※いずれかに○印をつけてください。

生活する上で特に困っている内容、出来事などを具体的に書いてください。

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

- 日常生活上の支障はない。
- 交通機関等を利用して外出できる。
- 近所なら外出できる。
- 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。
- 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。
- 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。
- 介助がなければ車いすに乗り移ることができない。
- 排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要するが、自力で寝返りをうてる。
- 生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない。

- 正常
- (J1) } 自立歩行
- (J2) } (杖など使用)
- (A1) } 介助歩行
- (A2) }
- (B1) } 車椅子生活
- (B2) }
- (C1) } 寝たきり生活
- (C2) }

裏面もご記入ください。

**5 もの忘れの状態についてお聞きします。1つ選んで口にレ印をつけてください。**

- 特でない。
- 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。( I )
- 道に迷うとか、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。( II a )
- 電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活はなんとかできる。( II b )
- 麻痺(まひ)や筋力低下がないのに、一人で着替え・食事・排便・排尿がうまくできず、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入れたり、大声や奇声をあげたりして、注意しても理解できないことがある。( III a )
- 前記の状態が、週1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。( III b )
- 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。( IV )

**6 理解や記憶についてお聞きします。※いずれかに○印をつけてください。**

- (1) 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・できない)
- (2) 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)

**7 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。※いずれかに○印をつけてください。**

- (1) 実際に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? (例えば、お金や大切な物がとられた、なくなったと言うことがありますか?) ・・・・・ (ある・時々・無い)
- (2) 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? ・・・ (ある・時々・無い)
- (3) 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? ・・ (ある・時々・無い)
- (4) 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか? ・・・・・ (ある・時々・無い)
- (5) 目的なく動き回ったり外出したりする(徘徊) ことがありますか? ・・ (ある・時々・無い)
- (6) 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)
- (7) 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)
- (8) 本来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)

**8 身体の様子についてお聞きします。**

- (1) 身長 (      cm ) 体重 (      kg ) ※身長、体重はおよその数値で結構です。
- (2) 利き腕はどちらですか ( 右 ・ 左 )
- (3) 麻痺(まひ)や力が入らず不自由なところがありますか? (ある・ない)
- (4) 関節の動きが悪く不自由なところがありますか? ・ ( ある・ない )  
↳ 部位 ( 肩・肘・股関節・膝・その他 )
- (5) 床ずれ (じょくそう) がありますか? ・・・・・ (ある・ない)

**9 現在の介護の様子をお聞きします。※いずれかに○印をつけてください。**

- (1) 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)
- (2) 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)
- (3) 一人で着替えができますか? ・・・・・ (できる・一部はできる・できない)
- (4) 一人で入浴ができますか? ・・・・・ (できる・一部はできる・できない)
- (5) 一人で排尿・排便ができますか? ・・・・・ (できる・一部はできる・できない)
- (6) 室内の掃除が自分でできますか? ・・・・・ (できる・何とかできる・できない)
- (7) 薬・金銭の管理が自分でできますか? ・・・・・ (できる・何とかできる・できない)

**10 利用したいサービスにレ印をつけて下さい。(特に希望するサービスには◎印をつけてください)**

**※希望したサービスが必ずしも提供されるものではありません。**

- 訪問看護      ヘルパー派遣 (訪問介護)      ショートステイ (施設での短期間の入所介護)
- デイサービス (施設での日帰り介護)      デイケア (施設での日帰りリハビリテーション)
- 入浴サービス      住宅改修      福祉用具の貸与や購入      配食サービス      施設入所
- その他 (      )

**11 前回認定を受けた方にお伺いします。前回と状態に変化はありますか?**

(良くなった・変わらない・悪くなった) ※いずれかに○印をつけてください。

(ご協力ありがとうございました)