

# 以下について、申請者ご本人、ご家族あるいは 状態をよくご存知の方がご記入ください。

介護保険 主治医意見書予診票

千葉県医師会

記載日 令和 年 月 日

申請者(患者)氏名

記載者氏名

続柄

介護保険の申請

初回

更新・変更 いままでの介護度

有効期間

年

月

日

～

年

月

日

変更理由

## ◇経過・既往など

現在、継続的に診療を受けたり、治療を受けている病院・診療所(医院)がありますか。

病院・医院名／診療科・病名

最近の受診日： 年 月 日

介護保険の申請について、主治医の先生に相談はされましたか。

相談済み

・ これから相談

今までにかかった大きな病気をご記入ください。

いつ頃／病気・手術・骨折

申請者の利き腕は 右

左

身長

cm

体重

kg

(おおよそで結構です)

## ◇心身の状態に関すること (○で囲んでください)

1 ひとりで外出(移動)できますか。

自由にできる(遠くまで・町内まで) ・ 時々 ・ できない(車いす・寝たきり)

2 何らかの認知症を有しますか。

有しない ・ 見守りで自立(家庭外のみ・家庭内でも) ・ 要介護(日中・夜間)・たえず介護・要医療

3 認知症の中核症状

ひどい物忘れはありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

毎日の生活は自分ひとりの判断や意思でできますか。

できる ・ 何とか ・ できない

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 ・ 伝えられない

4 認知症の周辺症状

実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

実際になかったことをあつたように言うことがありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

昼夜が逆転していませんか。

ない ・ 時々 ・ ある

介護に抵抗、または拒絶することがありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

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。

ない ・ 時々 ・ ある

ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

排便後、便器の中をもてあそびますか。

ない ・ 時々 ・ ある

本来、食べないようなものを食べたり、口に入れたりすることがありますか。

ない ・ 時々 ・ ある

裏面へ記入願います

**以下について、申請者ご本人、ご家族あるいは  
状態をよくご存知の方がご記入ください。**

**◇身体の状態**

- |                         |    |   |          |
|-------------------------|----|---|----------|
| 手・足・指などに欠損はありませんか。      | ない | ・ | ある(部位: ) |
| 麻痺や力が入らず、不自由なところがありますか。 | ない | ・ | ある(部位: ) |
| 関節が動きにくく、不自由なところがありますか。 | ない | ・ | ある(部位: ) |
| 自分の意思ではない体の動きはありますか。    | ない | ・ | ある(部位: ) |
| 床ずれ(じよくそう)がありますか。       | ない | ・ | ある(部位: ) |
| 皮膚の病気を持っていますか。          | ない | ・ | ある(部位: ) |

**◇生活機能**

- |               |        |   |           |   |       |
|---------------|--------|---|-----------|---|-------|
| 屋外を歩けますか。     | 歩ける    | ・ | 介助があれば歩ける | ・ | 歩けない  |
| 車いすは使用していますか。 | 用いていない | ・ | 自分で操作     | ・ | 他人が操作 |
| 杖などを使用していますか。 | 用いていない | ・ | 屋外で       | ・ | 屋内で   |

**◇栄養・食生活**

- |              |      |   |       |   |      |
|--------------|------|---|-------|---|------|
| 食事は自分でできますか。 | できる  | ・ | 何とか   | ・ | できない |
| 体重は増加傾向ですか。  | 増加傾向 | ・ | 変わらない | ・ | 減少傾向 |
| むせることがありますか。 | むせない | ・ | むせる   |   |      |

**◇現在、介護する家族が困っていることがあれば、ご記入ください。**

**◇どのような介護サービスをご希望ですか。**      \* 複数回答可能です。

**・在宅サービス**

- |                |   |   |                                      |                                   |
|----------------|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 家庭を訪問するサービス    | ( <input type="checkbox"/> 訪問介護         | <input type="checkbox"/> 訪問看護           | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ) |
| 日帰りで通うサービス     | ( <input type="checkbox"/> 通所介護         | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション )  |                                      |                                   |
| 短期入所するサービス     | ( <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護     | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 )     |                                      |                                   |
| 福祉用具・住宅の改修サービス | ( <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与      | <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入費支給     | <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 )  |                                   |
| その他            | ( <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護    |                                      |                                   |
|                | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護      | <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護 |                                      |                                   |
|                | <input type="checkbox"/> 複合型サービス        | <input type="checkbox"/> 配食サービス )       |                                      |                                   |

**・施設サービス**

- (  介護老人福祉施設  介護老人保健施設  介護療養型医療施設  介護医療院  
 特定施設入居者生活介護  有料老人ホーム  サービス付き高齢者向け住宅 )

**・その他**

( )

**◇そのサービスを利用すれば、本人の機能や生活の質が向上すると思いますか。**