

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

