

介護保険の認定に関わる「主治医意見書」を記載するために必要な情報です。
普段の様子から、当てはまるものに印をつけて下さい。分かる範囲でご記入下さい。

- 1 介護保険の認定を受けていますか。
いる：要支援（1 2）・要介護（1 2 3 4 5） いない
居宅介護支援事業所（ _____ ）

- 2 介護認定の申請をした主な理由を教えてください。
からだが不自由 ひどい物忘れ 家に閉じこもっている
その他（ _____ ）

- 3 他の医院、診療所、病院などにかかっていますか。
いる どの診療科にかかっていますか。 いない
内科 外科 整形外科 泌尿器科 眼科 脳神経外科 皮膚科
婦人科 耳鼻咽喉科 精神科 その他（ _____ ）

- 4 身体障害者手帳をお持ちですか。
はい（ _____ ）級 種別（ _____ ） いいえ

- 5 特定疾患受給者証をお持ちですか。
はい 疾患名（ _____ ） いいえ

- 6 心身の状態についてお尋ねします。
6-1 からだの状態で、あてはまると思うところに1つだけ印をつけて下さい。
自立 からだの不自由なところはまったくない。
J1 からだが多少不自由であるが、交通機関をつかって一人で外出できる。
J2 からだが多少不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる。
A1 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身の回りのことはできる。
A2 介助しても外出そのものが少なく、家の中では横になっていることが多い。
B1 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。
B2 車いすに乗り降りするのも一人ではむずかしい。座っていることはできる。
C1 一日中ベッド上生活で排泄・食事・着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる。
C2 一日中ベッド上生活で排泄・食事・着替えで人の手がかかり、寝返りもうてない。

6-2 認知症の状況で、あてはまると思うことに1つだけ印をつけて下さい。

- 自立 認知症はない。
- I 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。
- II a 家の外に出ると、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。
- II b 家の中でも、薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができない。
- III a 日中、トイレの不始末や、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある。
- III b 夜間、トイレの不始末や、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる。
- IV 昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできない。
- M 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。

6-3 理解したり、記憶したりすることについてお尋ねします。

- 物忘れはありますか。 はい いいえ
- 日常生活でものごとを自分で決める（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 全くできない
- 自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか。
- 伝わる だいたい伝わる あまり伝わらない 全く伝わらない

6-4 日常的な行動についてお尋ねします。

- 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか。
- ある 時々ある ない
- 金品などを盗まれたなど、実際にはないことを言うことがありますか。
- ある 時々ある ない
- 昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか。
- ある 時々ある ない
- 介護する人などに暴言をはくことがありますか。
- ある 時々ある ない
- 介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか。
- ある 時々ある ない
- 目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか。
- ある 時々ある ない
- ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか。
- ある 時々ある ない
- 便などを触ったり、まき散らすなど不潔な行動がありますか。
- ある 時々ある ない
- 紙や消しゴムなど、通常食べられないものを食べることがありますか。
- ある 時々ある ない

7 身体の状態についてお尋ねします。

- 7-1 きき腕 右 左
7-2 身長 () cm
7-3 体重 () kg 過去6ヶ月の体重変化 増加 維持 減少
7-4 関節の痛み 肩 股 肘 膝 その他()
7-5 関節の動きが悪い 肩 股 肘 膝 その他()
7-6 褥瘡 ある ない

8 日常生活での移動状態についてお尋ねします。

- 8-1 日頃、家の外(屋外)に出て歩いていますか。
自分一人で歩行 誰かの介助または見守りで歩行 屋外を歩かない
8-2 車イスを使用していますか。
全く使わない 主に自分で操作して使用 他人の操作・見守りで使用
8-3 歩行補助具(杖等)や装具を使用することはありますか。(複数回答可)
使用しない 屋外で使用する 屋内で使用する

9 栄養・食生活についてお尋ねします。

- 9-1 食事摂取の状況について
自分一人で食べられる、または何とか自分で食べることができる。
他の者の全面的な介助が必要である。
9-2 現在の栄養状態についてどのように感じますか。(食事量、食欲、顔色や全身状態等)
良い 良くない

10 現在、利用しているサービスに○、今後利用したいサービスに△をご記入下さい。

- | | | | |
|----------|-----|--------------|-----|
| 訪問診療 | () | 訪問リハビリテーション | () |
| 訪問看護 | () | 訪問栄養食事指導 | () |
| 訪問歯科診療 | () | 通所介護(デイサービス) | () |
| 訪問歯科衛生指導 | () | 通所リハビリ(デイケア) | () |
| 訪問介護 | () | 短期入所(ショート) | () |
| 訪問薬剤管理指導 | () | 福祉用具 | () |

11 介護に特に時間がかかったり、困ったりしていることがありましたらご記入下さい。

記入日 年 月 日 記入者 続柄 連絡先

ご協力ありがとうございました。