

# 要介護認定主治医意見書用予診票

18年2月改訂

成田市医師団

要介護・要支援認定 申請日 **HOO年△月◇日**

この予診票は、主治医意見書記載のために、患者さんの状態を今一度把握するためのものです。  
お手数ですが、以下の質問にお答えのうえ、医療機関窓口に提出してください。

申請者（患者）氏名 成田 太郎

記入日 HOO年 △月 ◇日

記入者 氏名 成田 二郎

続柄 二男

1 現在、継続的に診察を受けたり、治療を受けている病院・診療所が  
ありますか。

病院・医院名 ( 〇〇病院 )

病名 ( 糖尿病 )

2 今までに入院や手術、骨折、発作などの病気やケガをしたことがありますか。

いつ頃( H△△年 □月 ) 病名( 左大腿骨骨折 )

以下の設問は、直近1ヶ月の状況でお答え下さい。

以下、質問に対する答えを記入します

3 ひどい物忘れはありますか。 はい いいえ

4 毎日の生活は自分一人の判断や意志では困難ですか。 はい いいえ

5 会話がスムーズに行えないことがありますか。 はい いいえ

6 言いたいことを相手に伝えられないことがよくありますか。 はい いいえ

7 実際に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。 はい いいえ

8 急に意味不明なことをしゃべったり、行動したりすることがありますか。 はい いいえ

9 事実にないような作り話を周囲に言いふらすことがありますか。 はい いいえ

10 昼間寝ていて夜になると寝ないで動き回ったり、大きな声を出したりすることがありますか。 はい いいえ

11 今までになかったような暴言を吐いたり、暴力をふるったりするようになりましたか。 はい いいえ

12 介護に抵抗または拒絶することがありますか。 はい いいえ

13 目的もなく動き回ったり、外出して一人で家に帰れなくなったことがありますか。 はい いいえ

14 ガスコンロの消し忘れなどの火の不始末がありますか。 はい いいえ

( 裏面へ )

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| 15 排便後、便を触ったり、隠したりすることありますか。                              | はい  | いいえ |
| 16 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ことがありますか。                | はい  | いいえ |
| 17 性的な問題行動をすることありますか。                                     | はい  | いいえ |
| 18 いつもうとうと寝ていることが多いですか。                                   | はい  | いいえ |
| 19 自分のいるところがわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりすることが多くありますか。          | はい  | いいえ |
| 20 利き腕はどちらですか。  | 右利き | 左利き |
| 21 体重は( ) kg 身長は( ) cm                                    |     |     |
| 22 半年前と比べて著しく体重が増加したり、減少したりしていますか。                        | はい  | いいえ |
| 23 手・足・指などに欠損がありますか。                                      | はい  | いいえ |
| 24 マヒや力が入らず、不自由なところはありますか。                                | はい  | いいえ |
| 25 手・足の関節部で硬くなって動きにくいところがありますか。                           | はい  | いいえ |
| 26 手・足のふるえなど、自分の意志ではない体の動きがありますか。                         | はい  | いいえ |
| 27 床ずれ(じょくそう)などの皮膚病がありますか。                                | はい  | いいえ |
| 28 歩行が不安定で杖や歩行器などを使用していますか。<br>はい [ 杖・歩行器・その他 ( ) ]       |     | いいえ |
| 29 車イスを日常的に利用していますか。<br>はい [ 自分で操作 可能 ・ 不可 ]              |     | いいえ |
| 30 食事の際に、介助が必要ですか。  | はい  | いいえ |
| 31 食事、水分摂取量に過不足がありますか。                                    | はい  | いいえ |
| 32 食べ物がつかえたり、飲み物でむせることがよくありますか。                           | はい  | いいえ |
| 33 尿や便をもらしたことがありますか                                       | はい  | いいえ |
| 34 入れ歯を使っていますか。   | はい  | いいえ |
| 35 薬の飲み方や使い方で困っていることがありますか。<br>具体的にはどのようなことがありますか。<br>( ) | はい  | いいえ |
| 36 その他、困っていることがあれば記入してください<br>( )                         | はい  | いいえ |
| 37 現在利用しているサービスはありますか。ある場合は記入して下さい。<br>( )                | はい  | いいえ |
| 38 今後希望するサービスはありますか。ある場合は記入して下さい。<br>( )                  | はい  | いいえ |