

# 介護保険主治医意見書 予診票

記入日 令和 年 月 日

- 当院にて主治医意見書の作成を依頼される場合は、**必ず当院主治医の了承を得てください。**  
 ○この予診票は介護認定審査に必要な「主治医意見書」にお体の状態を詳細に記入するための参考となります。  
 介護度に直接影響を与えるものではなく、提出は任意ではありますが、お答えになれる範囲でご協力ください。  
 ○ご本人またはご家族等、介護を必要とする患者様の心身状況を把握している方が速やかに記入して提出してください。  
 ○記載された個人情報主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

当院の医師に介護保険主治医意見書の作成について了承を得ましたか（ はい ・ いいえ ）

令和 年 月 日に依頼済 診療科（ ）科 主治医名（ ）医師

|                  |           |       |         |        |
|------------------|-----------|-------|---------|--------|
| 患者氏名             |           | 男 ・ 女 | 診察券番号   |        |
| 生年月日             | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年     | 月       | 日 （ 歳） |
| 記入者              |           | 続柄    | 同居 ・ 別居 |        |
| 記入者の連絡先          | （携帯）      |       | （自宅）    |        |
| ケアプランを依頼している事業所名 |           |       |         |        |

1. 現在、介護保険の認定を受けていますか

- ☐ いない（新規申請）  
☐ いる（更新申請または区分変更）  
 前回の介護度 要支援 ☐1 / ☐2 要介護 ☐1 / ☐2 / ☐3 / ☐4 / ☐5  
 前回申請時の医療機関名（ ）

2. 介護保険の認定を受けようと思った理由は何ですか（複数回答可）

- ☐ 身体が不自由になったから ☐ 認知症の症状があるから  
☐ 膝、腰が悪くなったから ☐ 脳出血、脳梗塞等になったから  
☐ 障がいの認定を受けているから ☐ がんになったから  
☐ その他（ ）

その症状は6か月前と比べて変化がありますか

- ☐ 安定している ☐ 良くなっている ☐ 悪くなっている ☐ 不安定 ☐ わからない

3. 現在、他に受診されている診療科（医師、医院）はありますか ☐ ある ☐ ない

3-1 どの診療科に受診していますか（複数回答可）

- ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科  
☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他（ ）

3-2 その診療科でどのような治療を受けていますか

4. 心身の状態について、あてはまるもの1つにレ印を付けてください

記入日よりおおむね過去1週間の状態において、より頻回にみられる状況で選択してください

4-1 日常生活の様子についてお聞きします

- ☐ からだの不自由なところはまったくない（自立）  
☐ からだが多少不自由であるが、バスやタクシーなどを利用して一人で外出できる（J1）  
☐ 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（J2）  
☐ 一人での外出は難しいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる（A1）  
☐ 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中では横になっていることが多い（A2）  
☐ 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（B1）  
☐ 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。（B2）  
☐ 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りは打てる（C1）  
☐ 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りも打てない（C2）

4-2 物忘れの状態について、あてはまるもの1つにレ印を付けてください

記入日よりおおむね過去1週間の状態において、より頻回にみられる状況で選択してください

- ☐ 認知症はない（自立）
- ☐ 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（Ⅰ）
- ☐ 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（Ⅱa）
- ☐ 家の中でも薬を飲み忘れたり、電話や来客の対応ができない（Ⅱb）
- ☐ 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある（Ⅲa）
- ☐ 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる（Ⅲb）
- ☐ 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（Ⅳ）
- ☐ 被害妄想、暴力、落ち込みなどがひどく、専門医の治療を必要とする（Ⅴ）

5. 記憶や判断、伝達能力についておたずねします

5-1 直前のことをすぐ忘れてしまうことがよくありますか ☐ あまりない ☐ よくある

5-2 日常生活でものごとを自分で判断することができますか

- ☐ できる ☐ 突発的な出来事は困難 ☐ 見守りや指示が必要 ☐ できない

5-3 手話や筆談を含め、自分の要求や意思を相手に伝えられますか

- ☐ できる ☐ 応対に多少の時間がかかる ☐ 基本的な要求に限られる ☐ 意思の疎通は困難

6. 日常生活で問題となる行動について、あてはまるものすべてにレ印をつけてください

- ☐ 実際にはいない人や、虫、動物などが見えると言うことがある（幻視）
- ☐ 実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言うことがある（幻聴）
- ☐ 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る（妄想）
- ☐ 昼間寝て、夜間動き回ったり騒ぐことがある（昼夜逆転）
- ☐ 家族や介護者などに暴言をはくことがある（暴言）
- ☐ 家族や介護者などに暴力を振るうことがある（暴行）
- ☐ 介護する際に抵抗して、世話ができないことがある（介護への抵抗）
- ☐ 目的もなく出歩き、迷子になったりすることがある（徘徊）
- ☐ ガスの消し忘れなど、火の不始末がある（火の不始末）
- ☐ 尿や便などを触ったり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がある（不潔行為）
- ☐ 紙や消しゴムなど通常食べられないものを食べたり、口に入れようとするがある（異食行動）
- ☐ 周囲が迷惑するような性的な行動がある（性的問題行動）
- ☐ あてはまるものはない

7. 心や神経の症状について、あてはまるものすべてにレ印をつけてください

- ☐ 言葉を話したり理解することに問題がある（失語） ☐ ろれつが回らない（構音障害）
- ☐ 変なことを口走ったり行動することがある（せん妄） ☐ ゆうつで悲観的な言葉が多い（うつ状態）
- ☐ 順序がある工程や行動ができない（失行） ☐ 人の顔がわからない（失認）
- ☐ けいれん発作がある（てんかん） ☐ すぐに寝てしまう（傾眠） ☐ あてはまるものはない

その症状について、専門医を受診していますか

- ☐ いない ☐ いる（☐ 精神科 ☐ 心療内科 ☐ 神経内科 ☐ 脳神経外科 ☐ その他（ ））

8. 身体の状態についておたずねします

健康な時の利き腕はどちらですか ☐ 右利き ☐ 左利き

身長（      cm） 体重（      kg） 6か月間の体重の変化 ☐ 増加（+      kg） ☐ 維持 ☐ 減少（-      kg）

- ☐ 手、足、指などに欠損がある（部位： \_\_\_\_\_）
- ☐ 顔や体に麻痺して動きにくいところがある（部位： \_\_\_\_\_ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- ☐ 筋力の低下があり日常生活に支障をきたす（部位： \_\_\_\_\_ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- ☐ 関節が硬くなって動きにくいところがある（部位： \_\_\_\_\_ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- ☐ 関節の痛みにより日常生活に支障をきたす（部位： \_\_\_\_\_ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- ☐ 自分の意思に反した体の動き（ふるえ等）がある（部位： \_\_\_\_\_）
- ☐ お尻などの床ずれ（じよくそう）がある（部位： \_\_\_\_\_ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）
- ☐ 湿疹や水虫、おむつかぶれなど皮膚症状がある（部位： \_\_\_\_\_ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

9. 日常生活での移動についておたずねします

9-1 屋外を歩くことができますか

☐ 自分だけでできる ☐ 介助があればできる ☐ できない（訓練時のみの屋外移動や車いす移動を含む）

9-2 車いすを使用していますか

☐ 使っていない ☐ 主に自分で操作する ☐ 主に他人が操作する（押してもらう、見守りが必要）

9-3 歩行補助具（杖・シルバーカー等）、装具を使用していますか（義足は含みません）

☐ 使っていない（訓練時のみ使用） ☐ 屋外で使用 ☐ 家の中で使用 ☐ 屋外と家の中の両方で使用

10. 食事や栄養状態についておたずねします

10-1 食事は自分で食べられますか

☐ 自分で食べられる（見守りや励ましにより自分で食べられる） ☐ 他の者の全面的な介助が必要

10-2 栄養状態について（日頃の食事量、食欲、顔色や全身状態などから総合的に判断してください）

☐ 良い ☐ 良くない

11. 今利用している医療系サービスを左側に、今後使用したいサービスを右側にレ印をつけてください

（利用中） （今後使いたい）

|                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ・医師が家庭訪問して診療している・・・・・・・・・・・・・・・・        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・看護師が自宅を訪問している・・・・・・・・・・・・・・・・          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・リハビリの専門家が自宅を訪問している・・・・・・・・             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・通所リハビリテーション（デイケア）に通ってリハビリをしてもらっている・・   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・病院（介護療養型病院）や介護老人保健施設に何日か泊っている・・・・・・・・  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・歯科医師が家庭訪問して診察している・・・・・・・・              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・歯科衛生士が家庭訪問して、口の中の衛生について指導してくれる・・・・・・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・薬剤師が家庭訪問して薬の飲み方について教えてくれる・・・・・・・・      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・栄養士が家庭訪問して食事のとり方について教えてくれる・・・・・・・・     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・その他（・・・・・・・・）                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. その他、お困りのことがございましたらご記入ください

ご記入いただきありがとうございました。  
この予診票を市町村の介護保険申請窓口に提出してください。