

(様式 5)

## 要介護認定を円滑にすすめるために（お願い）

介護保険の要介護認定は、介護認定審査会で審査判定しますが、その資料として訪問調査結果と主治医の意見書が必要です。1日も早く認定結果をお知らせするためにも、下記のことについて、答えられる範囲でご記入のうえ、すみやかに「かかりつけ医（主治医）」に提出されるよう、ご協力をお願いします。

この用紙は主治医意見書を記載するにあたり、患者様（利用者様）の日常生活の状況をより把握するための予診票です。記入にあたりわからないことがありましたら「かかりつけ医（主治医）」または担当ケアマネジャーにお尋ね下さい。また、必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。

松原市医師会

### 主治医意見書予診票

記入日 年 月 日

申請者本人(利用者) 氏名	ふりがな ( )	明・大・昭		
		年	月	日生 ( )歳
記載者氏名		続柄		
連絡方法・連絡先		TEL		

今回の介護保険申請について教えてください。	・新規・更新・区分変更 (現介護度)(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	・状態の悪化・介護者の負担が大きい・語知症の進行 ・その他( )
現在継続的に診断を受けたり、治療を受けている病院・診療所が当院以外にありますか？	病院・診療所名 ( ) 診療科目 ( )

(1)

今までにかかった大きな病気について記入してください。 病気の名前(例えば、骨折、心臓発作、喘息など) 手術をしたかどうか等	いつ頃 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃 病名
今かかっている病気の状態は安定していますか？	・安定している・不安定・わからない ・良くなっている・悪くなっている
主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名

(2)

この14日以内に受けた処置があれば記入してください。 (わかる範囲で結構です)	・点滴・中心静脈栄養・透析・ストーマの処置 ・酸素療法・人工呼吸器・気管切開の処置 ・疼痛(ひどい痛み)の看護・経管栄養
この14日以内に受けた特別な対応があれば記入してください。 (わかる範囲で結構です)	・モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) ・床ずれ(じよくそう)の処置
尿もれ(尿失禁)への対応	・コンドームカテーテル・留置カテーテル

(様式 5)

(3-1)

日常生活の状態についてお伺いいたします。該当する項目に1つ○を付けて、右の1か2についても選択してください。

	日常生活はまったく問題なく、一人で外出している。	
	何らかの障害はあるが、日常生活はほぼ自立していて、一人で外出している。 1. 交通機関を利用して外出できる 2. とおり近所なら外出できる	<input type="checkbox"/> ・ 2
	屋内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出していない。 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	<input type="checkbox"/> ・ 2
	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座っていることもある。 1. 車いすに自分で乗り移り、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに乗り移る	<input type="checkbox"/> ・ 2
	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1. 自分で寝返りをうつ 2. 自分で寝返りをうつことができない	<input type="checkbox"/> ・ 2

同じく、該当する項目に1つ○を付けて、右のaかbについても選択してください。

	会話はスムーズで意思疎通もできて、特に困るような行動もない。	
	何らかの認知症があるが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 a. たびたび道に迷う、買物や金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ。 b. 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない。	a ・ b
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 a. 日中を中心として、着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる。火の不始末、不潔行為、性的異常行為などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。 b. 夜間を中心として aと同じ。	a ・ b
	上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常に介護を必要とする。	
	せん妄(意識混濁に加えて幻覚や錯覚が見られるような状態)、妄想(根拠もなくあれこれと想像する)、興奮、自傷(自分のからだをわざと傷つける)・他害など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。	

(3-2)

ひどい物忘れがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
毎日の生活は自分一人の判断や意思でできますか？	・できる ・いくらか困難 ・見守りが必要 ・できない
自分がしたいこと、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 ・具体的要求に限られる ・伝えられない

(3-3)

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	・ある ・ときどき ・ない
2	実際にはなかった事をあつたように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	・ある ・ときどき ・ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	・ある ・ときどき ・ない

(様式 5)

4	今までになかったような暴言をはくことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
5	介護者に暴行を加えることがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
6	介護に抵抗または拒否することができますか？	・ある ・ときどき ・ない
7	目的もなく歩き回ったり外出したりすることができますか？	・ある ・ときどき ・ない
8	外出して帰れなくなったことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
9	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？	・ある ・ときどき ・ない
10	排便後などに、便や尿に触ったりすることができますか？	・ある ・ときどき ・ない
11	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようなことがありますか？	・ある ・ときどき ・ない
12	まわりが迷惑するような性的問題行動がありますか？	・ある ・ときどき ・ない
1から12までの質問の他に問題行動がありますか？		・ある( ) ・ない

(3-4)

精神科・神経科・心療内科にかかっていますか？	・かかっている ・かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

(3-5)

利用者の利き腕はどちらですか？	・右利き ・左利き
身長と体重は？(測れないときはおおよそで結構です)	身長 cm 体重 kg
過去6ヶ月月の体重の変化がありますか？	・増えた ・維持 ・減った
腕・肢(足)・指などに欠損がありますか？	ある (部位 ) ない
麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？	ある (部位 ) ない
筋力の低下がありますか？	ある (部位 ) ない
関節が動きにくく、不自由なところがありますか？	ある (部位 ) ない
関節のどこかに痛みがありますか？	ある (部位 ) ない
自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面がけいれんするなど)	ある (部位 ) ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	ある (部位 ) ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚の病気がありますか？	ある (部位 ) ない

(4-1)

屋外歩行ができますか？	・できる ・介助がいる ・できない
車いすを使用していますか？	・使用していない ・使用していて自分で操作できる ・使用していて介助がいる
杖、歩行器、シルバーカーなどの歩行補助具や装具を使用していますか？ (複数回答可)	・使用していない ・屋外で使用している ・屋内で使用している

(様式 5)

(4-2)

食事は自分一人でできますか？	・できる ・なんとか ・できない
現在の栄養状態は良好ですか？	・良好 ・不良

(4-3)

便や尿をもらすことがありますか？ (便意や尿意がわからないことがありますか？)	<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ときどき ・ない
よく転んだりしませんか？	・ある ・ときどき ・ない
移動する力がありますか？	・保たれている ・低下 ・悪い
苦しそうな息をしていないですか？	・ある ・ときどき ・ない
閉じこもりがありますか？	・ある ・ない
意欲の低下がありますか？	・ある ・ない
食欲不振がなく食事は十分取れていますか？	・取れている ・取れていない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？	・できる ・何とか ・できない
水分補給は十分にできていますか？	・できている ・できていない
風邪などの感染症によくかかりますか？	・ある ・たまに ・ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	・ある ・ない

(4-5)

現在受けているか、今後受けてい医学的な管理を要する介護サービスは何ですか？ 1.訪問診療 2.訪問看護 3.看護職員の訪問による相談・支援 4.訪問歯科診療 5.訪問薬剤管理指導 6.訪問リハビリテーション 7.短期入所療養介護 8.訪問 歯科衛生指導 9.訪問栄養食事指導 10.通所リハビリテーション	左の番号を記入してください。 ( ) ・ ( ) ( ) ・ ( ) ( ) ・ ( ) ( ) ・ ( )
上記サービス以外で現在受けているか、今後受けてい介護サービスは何ですか？ 11.訪問介護 12.訪問入浴 13.通所介護 14.福祉用具の貸与 15.福祉用具販売 16.住宅改修 17.老人保健施設 18.老人福祉施設 19.療養型医療施設 20.その他のサービス	左の番号を記入してください。 ( ) ・ ( ) ( ) ・ ( ) その他 ( )

(5)

<p>その他(ご家族様・担当ケアマネジャー様へ)</p> <p>介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいこと、区分変更の理由、福祉用具レンタルの必要性の理由などがあれば、記入してください。</p>

ご協力ありがとうございました。

松原市医療介護連携推進委員会