

かかりつけが、**神石高原町・福山市内の医療機関**の方は、この予診票をご記入のうえ、要介護認定申請書と一緒に役場窓口へ提出してください。

※福山市医師会・松永沼隈地区医師会・深安地区医師会様式

主治医意見書作成のための予診票

記入日 年 月 日

申請者本人（患者）名前 記入者名前 関係

1 介護保険要介護（要支援）認定の申請区分は 新規 更新 変更
現在の要介護認定は 要支援 ① ② 要介護 ① ② ③ ④ ⑤

2 現在継続的に診察や治療を受けている病院（医院）や診療所がありますか。
病院（医院）・診療所名，診療科名，病名：

3 生活に支障を来たしている直接の原因である病名や病状は何ですか
（例えば，認知症，脳梗塞後遺症，膝関節症，高齢による筋力低下など）
病名または病状：
いつ頃： 年 月 日頃（覚えていない場合，年または年・月だけでもかまいません）

4 入院した病気，手術，骨折，内臓の病気など，今までにかかった病名を記入してください。
病名，いつ頃：

5 申請者の利き腕は 右利き 左利き

6 身長 cm，体重 kg
過去6か月の体重の変化（2kg以上の変化）は 増加 変化なし 減少

7 現在の食欲は 良好 不良

8 日常生活はどのくらいできていますか。あてはまるところに○印をつけてください。

<input type="radio"/>	J：日常生活は何とか自分でできる。外出も一人でできる。
<input type="radio"/>	A：家の中の生活は自分でできるが，外出には介助が必要。
<input type="radio"/>	B：家の中の生活に手助けが必要。歩くのが難しいが，食事や排泄はベットから離れて行う。
<input type="radio"/>	C：一日中ベットで過ごし，排泄，食事，着替えに介助が必要。

9 もの忘れについて，あてはまるところに○印をつけてください。

<input type="radio"/>	O：物忘れはない。
<input type="radio"/>	I：時々物忘れはあるが，日常生活には困らない。
<input type="radio"/>	II：もの忘れが目立つが，周囲に迷惑をかけることはない。
<input type="radio"/>	III：もの忘れがひどく，注意していないと周囲に迷惑をかける。
<input type="radio"/>	IV：もの忘れがひどく，そばで常に見守りや声かけが必要。

（裏面につづく）

- 10 会話はうまくできますか できる 難しい できない
- 11 実際にはなかった事があるように言う事がありますか ない ときどき ある
(例えば、お金とか大切なものが取られたとか、なくなったとか言う)
- 12 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事がありますか ない ときどき ある
- 13 昼夜が逆転していますか ない ときどき ある
(昼間寝ていることが多く、夜になると動き回ったり、大声をだしたりする)
- 14 今までなかったような暴言を吐いたり、暴力を振るったりすることはありますか ない ときどき ある
- 15 介護に抵抗または拒絶する事がありますか ない ときどき ある
- 16 目的もなく動き回ったり、外出したり(徘徊)する事がありますか ない ときどき ある
- 17 ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか ない ときどき ある
- 18 排便後などに便などを触ったりするような事がありますか ない ときどき ある
- 19 本来食べられない物を食べたり、食べようと口に入れたりする事がありますか ない ときどき ある
- 20 性的なめいわく行為をする事がありますか ない ときどき ある
- 21 体の一部が麻痺していたり、不自由なところがありますか ない ある (部位)
- 22 関節がかたくなって動きにくいところがありますか ない ある (部位)
- 23 関節の痛みが強いところがありますか ない ある (部位)
- 24 床ずれ(じょく瘡)がありますか ない ある (部位)
- 25 自分で歩いていますか 一人で歩いている 押し車や杖が必要 歩いていない
- 26 車いすを使っていますか 使っていない 自分で運転し移動 他人に押ししてもらおう
- 27 食事は自分でできますか 自分でできる やや難しい できない
- 28 食べ物や飲み物をうまく飲み込むことができますか できる むせやすい できない
- 29 耳は聞こえますか 聞こえる 聞こえにくい ほとんど聞こえない
- 30 目は見えますか 見える 見えにくい ほとんど見えない
- 31 風呂に入って体を洗うことができますか 自分でできる 一部手助け すべて介助
- 32 衣服の着脱ができますか 自分でできる 一部手助け すべて介助
- 33 便や尿がもれることがありますか ない ときどき ある
- 34 排尿、排便の後始末はできますか 自分でできる 一部手助け すべて介助
- 35 のみ薬を自分で管理して服用できますか 自分でできる 一部手助け すべて介助
- 36 金銭の管理はできますか 自分でできる 一部手助け すべて介助
- 37 その他、困っていること等がありましたら、下記に具体的にお書きください。