

主治医意見書作成事前調査票

(魚沼市)

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者(患者) 氏名 _____ 記載者氏名 _____ 続柄 _____

介護保険の申請・・・初回 / 更新(今までの介護度は _____ 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

◆経過・既往など◆

現在、継続的に診療を受けたり、治療を受けている病院・診療所(医院)がありますか。(主治医)

*どちらかを○で囲んで下さい。 主治医がいる(下に記入して下さい) ・ 主治医はいない

病院名・医師氏名: _____

所在地: _____

診療科・病名: _____

今までにかかった大きな病気を記入してください。

いつ頃/病気・手術・骨折など

申請者の利き腕は 右 左 身長 _____ cm 体重 _____ kg (おおよそで結構です。分からなければ未記入)

居住環境について 独居(近隣に家族・親戚が いる ・ いない) 日中独居(近隣に家族・親族が いる ・ いない)

独居ではない、同居者がいる(続柄と氏名: _____)

◆心身の状態に関すること◆

1. 日常生活における身体的状態 ※いずれかあてはまるものを1つ選んでください。

- からだの不自由なところはまったくない (自立)
- からだが多量不自由であるが、バスやタクシーを使って一人で外出できる(J1)
- からだが多量不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる(J2)
- 一人で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(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が、すわ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、寝返りはうてる(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り、寝返りもうてない(C2)

2. 日常生活における認知症の状態 ※いずれか当てはまるものを一つ選んでください。

- 認知症はない(自立)
- 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。一応一人でも生活できる(I)
- 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少あるが誰かが注意していれば自立できる(II)
- 家の外でたびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などにミスが目立つことがある(II a)
- 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応などができないで一人で留守番ができない(II b)
- 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする(III)
- 日中を中心に、着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、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・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等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(III a)
- 夜間を中心に、上記(III a)の状態が見られる(III b)
- 昼も夜も日常生活に支障を来たすような症状・行動が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。(IV)
- 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする。せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等(M)

裏へ続きます。

3. 認知症の中核症状

| | |
|---------------------|-----------------------------------|
| ひどい物忘れはありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 日常生活で自分の意思決定ができますか。 | できる ・ いくらか困難 ・ 見守りが必要 ・ できない |
| 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 ・ 具体的要求のみ ・ 伝えられない |

4. 認知症の周辺症状

| | |
|--|--|
| 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ことがありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 実際になかったことをあつたように言うことがありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 昼夜が逆転していませんか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 暴言、暴行などはありますか。 | ない ・ 暴言がときどき ・ 暴行がときどき ・ 暴言がある ・ 暴行がある |
| 介護に抵抗または拒絶することがありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある(どんな時:) |
| 目的もなく歩き回る、外出するなど、目が離せないことがありますか。(家の中を含む) | ない ・ ときどき ・ ある |
| ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある ・ 火は触らない |
| 排便後、便器やオムツの中をもてあそびますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 物を盗られたなどの被害的になることはありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 本来、食べないようなものを食べたり、食べようとして口に入れたりすることがありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |
| 周囲が迷惑するような性的問題行動がありますか | ない ・ ときどき ・ ある |
| 繰り返し同じような発言・行動などはありますか。 | ない ・ ときどき ・ ある |

◆身体の状態◆

| | |
|-------------------------|----------------|
| 手・足・指などに欠損はありませんか。 | ない ・ ある (部位:) |
| 麻痺や力が入らず、不自由なところはありますか。 | ない ・ ある (部位:) |
| 関節が動きにくく、不自由なところはありますか。 | ない ・ ある (部位:) |
| 自分の意思ではない体の動きはありますか。 | ない ・ ある (部位:) |
| 床ずれ(じょくそう)がありますか。 | ない ・ ある (部位:) |
| 皮膚の病気を持っていますか。 | ない ・ ある (部位:) |

◆生活機能◆

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| 屋外を歩けますか。 | 歩ける ・ 介助があれば歩ける ・ 歩けない |
| 車いすは使用していますか。 | 用いていない ・ 自分で操作 ・ 他人が操作 |
| 杖などを使用していますか。 | 用いていない ・ 屋外で ・ 屋内で |
| 尿パッド、紙パンツ、おむつを使用していますか。 | 用いていない ・ 用いている (尿パッド ・ 紙パンツ ・ おむつ) |

◆栄養・食生活◆

| | |
|--------------|-----------------------------|
| 食事は自分でできますか。 | できる ・ 何とか ・ できない |
| 体重の変化はありますか。 | 増加傾向 ・ 変わらない ・ 減少傾向 ・ 分からない |
| むせますか。 | むせる ・ 時々むせる ・ むせない |

◆現在あるか、今後発生の可能性が高いと思われる症状◆ ※当てはまるものをいくつでも選んでください。

| |
|--|
| 尿失禁 ・ 転倒と骨折 ・ 移動機能低下 ・ 床ずれ(じょくそう) ・ 心肺機能低下 ・ 閉じこもり ・ 意欲低下 ・ 徘徊 低栄養 ・ 摂食、嚥下機能低下 ・ 脱水 ・ 感染症 ・ がん等による疼痛 ・ その他() |
|--|

◆現在、介護する家族が困っていることがあればお書きください◆

◆どのようなサービスをご希望ですか。そのサービスを利用すれば、本人の機能や生活の質が向上すると思いませんか◆