

この予診票は、介護認定にあたって必要な **主治医意見書作成の参考資料** として活用されます。

申請者様 (利用者様) の日頃の様子を、おわかりになる範囲で記入下さい。

記入いただいた情報は、この目的以外には使用いたしません。 (近日中に市町村の訪問調査員による確認があります)

記載日	年 月 日
-----	-------

2025/03/25 改訂

申請者 (利用者) 氏名	
生年月日	年 月 日
居住環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 同居者がいる (続柄:)

記載者 氏名	続柄(申請者からみて):
介護保険の申請	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続 <small>現在の介護度</small> (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5)
ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ()

主治医意見書作成の主治医以外に、 現在診療や治療を受けている病院 (診療所)がありますか？	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 ()
今までにかかった大きな病気は ありますか？ (例 骨折, 心臓発作, 喘息, 手術 など)	いつ頃 / 病名
介護保険で利用したいサービス、 またはすでに利用しているサービス はありますか	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与や購入 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 () <input type="checkbox"/> 施設入所 ()

■ 日常生活の様子についてお聞きします。一番近いもの 1つだけに をつけて下さい

- 体の不自由なところはなく、日常生活は自立している (自立)
- 1人で (杖を利用可) 電車・バスに乗り、外出できる (J1)
- 隣近所なら、外出できる (J2)
- 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れている (A1)
- 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 (A2)
- 自分一人で車椅子に乗り、食事・トイレはベッドから離れて行う (B1)
- 介助がなければ、車椅子に乗ることができない (B2)
- トイレ・食事・着替えを手伝ってもらう (C1)
- 自分で寝返りも打てない (C2)

■ もの忘れ等の状態についてお聞きします。一番近いもの 1つだけに をつけて下さい

- 特に問題なく日常生活をおくっている (正常)
- 多少のもの忘れはあるが、日常生活はほぼ自立している (I)
- 家庭内では大丈夫だが、外出先での買い物や金銭管理が不安である (II a)
- 家庭内でも、薬の管理や電話対応、一人での留守番が不安である (II b)
- トイレ・食事・着替えなどが上手にできず、意思疎通も困難で、日中介護が必要 (III a)
- トイレ・食事・着替えなどが上手にできず、意思疎通も困難で、夜間も介護が必要 (III b)
- 昼夜問わず、常に目が離せない (IV)
- 妄想・興奮・問題行動があり、意思疎通ができない (M)

■ 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。

直前のことを忘れてしまうことがありますか	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
毎日の生活のことは自分ひとりの意志で判断できますか	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない	
言いたいことを上手く相手に伝えることができますか	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> できない	
実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
「ものを盗まれた」など、事実と異なることを言うことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
昼夜逆転（昼間寝ていて、夜間動き回ったり、騒いだりすること）がありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
今までなかったような暴言をはくことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
周囲の人に対して、暴力行為をすることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
介護や援助に対して、抵抗や拒絶をすることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
目的もなく動き回ったり、外出して迷子になってしまうことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
排泄後などに、便や尿を触ったりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
本来食べられないものを口に入れることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
繰り返し同じような発言や行動を繰り返すことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
まわりが迷惑するような性的な言動や行為がありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

■ 身体の様子についてお聞きします。

利き腕はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右利き		<input type="checkbox"/> 左利き	
身長と体重をわかる範囲でご記入ください	身長	cm	体重	kg
ここ6ヶ月で体重の変化はありましたか	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> かわらない	<input type="checkbox"/> 減った	
手・足・指などに欠損はありませんか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
麻痺（まひ）がありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
筋力が低下して不自由なところがありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
関節の動きが悪くて不自由なところがありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
自分の意志に反して勝手に体が動くことがありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
床ずれ（褥瘡）がありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
その他の皮膚の病気がありますか	<input type="checkbox"/> ある(部位)		<input type="checkbox"/> ない	
屋外を歩くことはありますか	<input type="checkbox"/> 1人で歩ける		<input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩けない	
車椅子を使っていますか	<input type="checkbox"/> 使わない		<input type="checkbox"/> 主に自分で操作 <input type="checkbox"/> 他人が操作	
杖やシルバーカーを使っていますか	<input type="checkbox"/> 使わない		<input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内でも使用	
尿パッド・紙パンツ・おむつを使用していますか	<input type="checkbox"/> 使わない		<input type="checkbox"/> 使用(尿パッド・紙パンツ・おむつ)	
食事は自分で食べられますか	<input type="checkbox"/> 食べられる		<input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> 食べられない	
食事中にむせることはありますか	<input type="checkbox"/> むせない		<input type="checkbox"/> むせる	

主に介護を行っているのはどなたですか	
--------------------	--

困っていること、主治因に伝えたいこと、申請・区分変更の理由 福祉用具の必要性など記入して下さい