

主治医意見書予診票

作成：和歌山市医師会

※よろしければ、意見書記入の参考に御活用ください。
予診票は、ご記入できる部分のみで結構です。

被保険者番号 ()
氏名 ()
意見書依頼先 ()
医師名 ()

主治医意見書作成のために、患者さんの状態を今一度把握するための予診票です。
お手数ですが以下の質問にお答えください。

申請者（患者）本人氏名 ()

予診票記載者氏名 () 続柄 ()

1 現在継続的に診察を受けたり、治療を受けている病院・診療所がありますか？
あれば病院名・診療所名、診療科名等を記入してください。

2 今までにかかった病気を記入してください。いつ頃どの様な病気、
たとえば、入院した病名、手術、骨折、心臓発作、喘息などを記入してください。

3 会話はスムーズに行えますか？ (行える ・ 行えない)

4 患者さんは、こちらの言うことを理解していますか？
(理解している ・ いくらか困難 ・ できない)

「3-5」

5 身長は？(c m) 体重は？(k g) 利き腕は？(右 ・ 左)

6 手・足・指などに欠損はありませんか？ (ある ・ ない)

7 麻痺や力が入らず不自由なところはありませんか？ (ある ・ ない)

8 床ずれ（じょくそう）がありますか？ (ある ・ ない)

9 皮膚病がありますか？ (ある ・ ない)

10 関節が動きにくく不自由なところはありませんか？ (ある ・ ない)

11 自分の意志でない体の動きがありますか？ (ある ・ ない)

12 歩行が不安定で転んだりしやすいですか？ (ある ・ ない)

「3－(2)」

- 1 3 ひどい物忘れはありますか？ (ある ・ ない)
- 1 4 10分前に取った食事を覚えていますか？ (おぼえている ・ おぼえていない)
- 1 5 日常生活において首尾一貫した判断ができますか？
(判断できる ・ なんとかできるが新しい課題は困難 ・ 判断できない)
- 1 6 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 ・ できない)
- 1 7 患者さんは自分の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 ・ できない)
- 1 8 食事は自分でできますか？ (できる ・ 何とかできる ・ できない)

3－(3)」

- 1 9 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？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 0 実際になかったことをあったように言うことがありますか？
たとえば、お金とか大切なものが取られたとか、なくなったということ。
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 1 昼間寝ていることが多く、夜間動き回ったり大声を出したりすることがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 2 暴言を吐いたり、暴力を振るったりすることがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 3 介護に抵抗または拒絶することがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 4 目的もなく動き回ったり外出したり(徘徊)することがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 5 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 ・ 時々 ・ ない)
- 2 6 便などを触ったりすることがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 7 本来食べられないものを食べたりすることがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 2 8 性的な問題行動がありますか？ (ある ・ 時々 ・ ない)

「3－(4)」

- 29 急に意味不明なことを言ったり、行動したりすることがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 30 いつもとうとうと寝ていることが多いですか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 31 自分のいるところがわからなくなったことがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 32 時間の感覚が不確だったり、わからないことがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 33 左右がわからなかったり、ドアの開け方がわからないことがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 34 服を着る順序や入浴の手順がわからなくなることがありますか？
(ある ・ 時々 ・ ない)
- 35 以上のような状態は日によって変動しますか？
(変動する ・ 変動しない)

「4－(1)」

- 36 尿や便を漏らすことがありますか？
(ある ・ ない)
- 37 尿意や便意のわからないときがありますか？
(ある ・ ない)

「4－(2)」

- 38 虫歯や歯茎が痛むなど困っていることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ ない)
- 39 入れ歯で困っていることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ ない)

「4－(3)」

- 40 食べ物や飲み物をスムーズに飲み込むことができますか？
(できる ・ 何とかできる ・ できない)

「3－(1)」

- 41 日常生活の自立度について1つ選んで□に印をつけてください。
- 日常生活上の支障はない。
- J** 何らかの障害等を有するが、日常生活は自立しており独力で外出できる。
- 1 交通機関を利用して外出する。
- 2 隣近所なら外出する。
- A** 屋内での生活は自立しているが、介助なしには外出しない。
- 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する。
- 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。
- B** 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つ。
- 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。
- 2 介助により車椅子に移乗する。
- C** 一日中ベッドの上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
- 1 自力で寝返りをうつ。
- 2 自力では寝返りもうてない。

「3-1」

42 認知症状について1つ選んで□に印をつけてください。

- 認知症状はない。
- I 何らかの認知症状を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。
- II 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見られても誰かが注意していれば自立できる。
- II a 家庭外で上記IIの状態が見られ、たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つ等。
- II b 家庭内でも上記IIの状態が見られ、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等。
- III 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時々見られ、介護を必要とする。
- III a 日中を中心として上記IIIの状態がみられ、着替え・食事・排便・排尿がうまくできない、または時間がかかる。やたらにものを口に入れる、ものを拾い集める、徘徊・失禁・大声・奇声をあげる、火の不始末・不潔行為・性的異常行動等がある。
- III b 夜間を中心として上記IIIの状態がみられ、ランクIII aに同じ。
- IV 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頻繁に見られ、常に介護を必要とし、ランクIIIに同じ。
- M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、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。

「4-(2)」

43 今現在、利用しているサービスすべてについてチェックをつけてください。

在宅サービス

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療：週(月) | 回 | <input type="checkbox"/> 短期入所サービス：月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護：週(月) | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診察：週(月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ：週(月) | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導：週(月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> デイケア：週(月) | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導：週(月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> ホームヘルプ：週(月) | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導：週(月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> デイサービス：週(月) | 回 | <input type="checkbox"/> グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウスの入所 | |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護：週(月) | 回 | | |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修サービス | | | |
| 具体的に（ | | | ） |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス[市町村からの貸し出しサービス・レンタル・購入] | | | |
| 具体的に（ | | | ） |

44 ケアプランの実施に際して希望することやその他困っていることや疑問点などあればご記入ください。