※　主治医が「菅野医院」もしくは「渡辺病院」の方は、記入して下さい。
この用紙はご家族など患者さんの状態が分かる方が記入して下さい
介護保険申請書と一緒に役場保険福祉課へ提出して下さい

主治医意見書予診票

記入日　（ 令和　　年　　月　　日 ）

本 人 氏 名　　（　　）　年齢（　　歳）

予診表記載者氏名（　　）　関係（　　）

◎今回は　　（初めて・２回目以降）

◎ 身長（　　cm）、体重（　　kg）利き腕は（ 右 ・ 左 ）

◎ 現在誰と一緒に住んでいますか？（例：長男夫婦、孫二人、等）

（　　）

◎ 現在当院以外で治療を受けている病院、医院はありますか　　（ あり ・ なし ）

あれば病院名、医院名、病名を記入してください。

◎ これまで罹ったことのある病気と治療を受けた病院を記入して下さい。

◎ 手・足・指などに欠損はありますか？

ある場合、それはどこですか？（　　）

◎ 麻痺や力が入らず不自由なところはありますか？

ある場合、それはどこですか？（　　）

◎ 関節が動きにくいところはありますか？

ある場合、それはどこですか？（　　）

◎ 歩行はできますか？

（ 可能 ・ 可能だがふらつく ・ 杖 ・ 掴まり歩き ・ できない ）

◎ 自分の意思でない体の動きはありますか？　　（ ある ・ ない ）

◎ 床ずれはありますか？　　（ ある ・ ない ）

◎ 皮膚病はありますか？　　（ ある ・ ない ）

◎ 会話はスムーズにできますか？　　（ できる ・ できない ）

裏面も記入をお願いします。

◎ 患者さんはこちらの言うことを理解できますか？　（ できる ・ できない ）

◎ ひどいもの忘れはありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ １０分前に食べた食事を覚えていますか？　（ 覚えている ・ 覚えていない ）

◎ 毎日の生活は自分一人の判断や意志でできますか？

（ できる ・ いくらかできる ・ できない ）

◎ 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・伝えられない ）

◎ 食事は自分でできますか？　（ できる ・ なんとかできる ・ できない ）

◎ うまく飲み込めないことがありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 実際にないものが見えたり、聞いたりしている様なことがありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 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？　（ ある ・ ない ）

◎ 昼間寝ていることが多く、夜間に歩き回ったりすることはありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 暴言を吐いたり、暴力をふるったりすることはありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 介護に抵抗、または拒絶することはありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 目的もなく歩き回ったり外出することはありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ ガスコンロの消し忘れなど火の不始末はありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 便などを触ったりしますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 本来食べられないものを食べようとしたことがありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 性的な問題行動がありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 急に意味不明なことを言ったり、行動したりする事がありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ いつもうとうとと寝ている事が多いですか？　（ ある ・ ない ）

◎ 自分のいるところがわからなくなることはありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 時間の感覚が不正確だったり、昼と夜を間違えたりしますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 左右や、ドアの開け方がわからないことがありますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 自分で着替えはできますか？　（ できる ・ できない ）

◎ 一人で入浴はできますか？　（ できる ・ できない ）

◎ 以上のような状態は日によって変動しますか？　（ ある ・ ない ）

◎ 尿や便を漏らすことはありますか？　（ ある ・ ない ）

ご協力ありがとうございました。