

主治医意見書予診票

記入した日 年 月 日

| | | | |
|------------|--|----|--|
| 申請される方のお名前 | | | |
| 記載された方のお名前 | | 続柄 | |

◎からだの状態

- 利き腕 右利き ・ 左利き
- 身長 _____ cm
- 体重 _____ kg
- 最近（6か月程度）の体重の傾向 増加 ・ 減少 ・ 変わらない
- まひや力が入らず不自由なところがありますか。
ない ・ ある（部位： _____）
- 関節が動きにくく不自由なところがありますか。
ない ・ ある（部位： _____）
- 関節の痛みはありますか。
ない ・ ある（部位： _____）
- 床ずれはありますか。
ない ・ ある（部位： _____）

◎生活の状況

- 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="checkbox"/> | 日常生活はなんとか自分でできる。外出も1人でできる。 |
| <input type="checkbox"/> | 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="checkbox"/> | 家の中の生活に手助けが必要。歩くのが難しいが、食事や排せつはベッドから離れて行う。 |
| <input type="checkbox"/> | 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えに介助が必要。 |

- 屋外を歩きますか。
一人で歩く ・ 介助があれば歩く ・ 歩けない
- 車いすを使いますか。
使っていない ・ 自分で操作している ・ 押ししてもらっている
- 杖を使っていますか。
使っていない ・ 屋外で使っている ・ 屋内で使っている
- 押し車を使っていますか。
使っていない ・ 屋外で使っている ・ 屋内で使っている

○食事は自分でできますか。

できる ・ 何とかできる ・ できない

○食事中むせることがありますか。

ない ・ ある（週 回程度）

◎行動の状態

○物忘れについて、あてはまるところに○印をつけてください。

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

○毎日、自分の判断で生活することができますか。

できる ・ 何とかできる ・ できない

○自分の思いを相手に伝えることができますか。

できる ・ 何とかできる ・ できない

○コンロやストーブの消し忘れがありますか。

ある ・ ときどきある ・ ない

◎ご家族の方におききします。

○現在、継続して診療・治療を受けている病気やけががあれば、次にご記入ください。

| 病院・診療所名 | 診察科名 | 病名、けがの内容 |
|---------|------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

○今までにかかった大きな病気やけがを記入してください。

| 病名、けがの内容 | 時期 | |
|----------|----|----|
| | 年 | 月頃 |
| | | |
| | | |
| | | |

○介護に関して困っていることがあれば、ご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

ご協力ありがとうございました。

この書類は主治医の診察の際にお渡してください。

北広島町役場保健課介護保険係

電話番号(050)5812-1853