

ご本人、ご家族などご本人の状態が分かる方がご記入ください！

### 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。

北広島町役場福祉課介護保険係

電話番号 0826-72-7352