

この予診票は、要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）の日頃の様子をわかる範囲でご記入のうえ、すみやかに主治医意見書を作成する医師（医療機関）にご提出ください。※提出は必須ではありませんがご協力ください。

記入日 年 月 日

千葉市ホームページ「主治医意見書予診票」で検索！

申請者本人 (利用者) 氏名	ふりがな	生年 月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)
記入者氏名		続柄	申請者様から見て ()

1	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。 □ない □ある（右欄チェック⇒）	<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 ()
2	今までにかかった大きな病気（例えば、骨折・心臓発作・喘息・手術等）はありますか。	いつ頃・病名

日常生活の様子についてお聞きします。一番近いもの1つだけに印をつけてください。

3	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)	<input type="checkbox"/>
	1人で（杖を利用可）電車・バスに乗り外出できる	(J1)	<input type="checkbox"/>
	隣近所なら外出できる	(J2)	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>
	外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている	(A2)	<input type="checkbox"/>
	自分ひとりで車椅子に乗り、食事・トイレはベッドから離れて行く	(B1)	<input type="checkbox"/>
	介助がなければ車椅子に乗ることができない	(B2)	<input type="checkbox"/>
	トイレ・食事・着替えを手伝ってもらう	(C1)	<input type="checkbox"/>
自分で寝返りも打てない	(C2)	<input type="checkbox"/>	

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つだけに印をつけてください。

4	特に問題なく日常生活が送れている	(自立)	<input type="checkbox"/>
	多少の物忘れはあるが、日常生活はほぼ自立している	(I)	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>
	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)	<input type="checkbox"/>
	着替え、食事、排泄などが上手にできず、意思疎通も困難で日中介護が必要である	(III a)	<input type="checkbox"/>
	〃 夜間も介護が必要である	(III b)	<input type="checkbox"/>
	〃 昼夜問わず常に目が離せない	(IV)	<input type="checkbox"/>
妄想、興奮、問題行動があり意思疎通ができない	(M)	<input type="checkbox"/>	

裏面もご記入願います ⇒

日常の生活で問題となる行動についてお聞きします			
5	昨日、今日、直前のことを忘れていませんか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	以前は自分で決めていたことなのに決定できないことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	要求や気持ちを上手に伝えられないことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
8	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	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
9	「ものを盗まれた」など事実と違うことを言うことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
10	昼夜が逆転していますか（昼に熟睡して夜になると動き回る、または騒ぐ）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
11	今までになかったような暴言をはくようなことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
12	周囲の人に対し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
13	介護や援助に抵抗することがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
14	目的もなく動き回ったり、迷子になったことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
15	たばこや火の不始末への心配がありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
16	排泄後などに、便や尿に触ったりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
17	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
18	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

体の様子についてお聞きします			
19	利き腕はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き
20	身長と体重をわかる範囲でご記入ください	身長	c m 体重 k g
21	ここ6か月間で体重の変化はありましたか	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減った	
22	麻痺（まひ）がありますか	ある（部位）	<input type="checkbox"/> ない
23	筋力が低下して不自由なところがありますか	ある（部位）	<input type="checkbox"/> ない
24	関節の動きが悪く不自由なところがありますか	ある（部位）	<input type="checkbox"/> ない
25	床ずれ（じょくそう）はありますか。	ある（部位）	<input type="checkbox"/> ない
26	皮膚の病気がありますか	ある（部位）	<input type="checkbox"/> ない
27	屋外を歩くことはありますか	<input type="checkbox"/> 歩かない <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 1人で歩く	
28	車いすを使っていますか	<input type="checkbox"/> 使わない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作する <input type="checkbox"/> 他の人が操作する	
29	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"/> 屋内で使用	
30	食事は自分で食べられますか	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない	
31	食事中にむせることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
32	便や尿をもらすことはありますか（便意や尿意がわからないことがありますか）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない

33	主に介護を行っているのはどなたですか	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 子の妻 <input type="checkbox"/> その他（ ）
----	--------------------	---

34	利用したい介護サービスがありますか？ <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 電動ベッドなど介護用品レンタル <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他
※その他、介護をしていて困っていること、主治医に伝えておきたいこと、区分変更の理由、福祉用具の必要性の理由などがあれば、記入してください	