

この予診票は、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、おわかりになる範囲で記入下さい。  
記入いただいた情報は、この目的以外には使用いたしません。 (近日中に市町村の訪問調査員による確認があります)

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 記載日                                                     | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2025/03/25 改訂 |
| 申請者 (利用者)<br>氏名                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |
| 生年月日                                                    | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
| 居住環境                                                    | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 同居者がいる (続柄: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
| 記載者 氏名                                                  | 続柄(申請者からみて):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |
| 介護保険の申請                                                 | <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続 <small>(現在の介護度)</small> <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 )                                                                                                            |               |
| ケアマネージャー                                                | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |
| 主治医意見書作成の主治医以外に、<br>現在診療や治療を受けている病院<br>(診療所)がありますか？     | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科<br><input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科<br><input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 歯科<br><input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |               |
| 今までにかかった大きな病気は<br>ありますか？<br><br>(例 骨折, 心臓発作, 喘息, 手術 など) | いつ頃 / 病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
| 介護保険で利用したいサービス、<br>または すでに利用しているサービス<br>はありますか          | <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ<br><input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ<br><input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与や購入 ( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 ( )<br><input type="checkbox"/> 施設入所 ( )                                                                  |               |

■ 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 ☒ をつけて下さい

- ☐ 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)
- ☐ 1人で (杖を利用可) 電車・バスに乗り、外出できる (J1)
- ☐ 隣近所なら、外出できる (J2)
- ☐ 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)
- ☐ 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 (A2)
- ☐ 自分一人で車椅子に乗り、食事・トイレはベッドから離れて行う (B1)
- ☐ 介助がなければ、車椅子に乗ることができない (B2)
- ☐ トイレ・食事・着替えを手伝ってもらう (C1)
- ☐ 自分で寝返りも打てない (C2)

■ 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 ☒ をつけて下さい

- ☐ 特に問題なく日常生活をおくっている (正常)
- ☐ 多少のものの忘れはあるが、日常生活はほぼ自立している (I)
- ☐ 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)
- ☐ 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)
- ☐ トイレ・食事・着替えなどが上手にできず、意思疎通も困難で、日中介護が必要 (III a)
- ☐ トイレ・食事・着替えなどが上手にできず、意思疎通も困難で、夜間も介護が必要 (III b)
- ☐ 昼夜問わず、常に目が離せない (IV)
- ☐ 妄想・興奮・問題行動があり、意思疎通ができない (M)

■ 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。

|                                      |                                                                                                                               |                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 直前のことを忘れてしまうことがありますか                 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり                                                                   |                             |
| 毎日の生活のことは自分ひとりの意志で判断できますか            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> できない      |                             |
| 言いたいことを上手く相手に伝えることができますか             | <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> できない |                             |
| 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか        | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 「ものを盗まれた」など、事実と異なることを言うことがありますか      | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 昼夜逆転（昼間寝ていて、夜間動き回ったり、騒いだりすること）がありますか | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 今までなかったような暴言をはくことがありますか              | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 周囲の人に対して、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 |
| 介護や援助に対して、抵抗や拒絶をすることがありますか           | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 目的もなく動き回ったり、外出して迷子になってしまうことがありますか    | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか               | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 排泄後などに、便や尿を触ったりすることがありますか            | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 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 |
| 繰り返し同じような発言や行動を繰り返すことがありますか          | <input type="checkbox"/> ある                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 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 |

■ 身体の様子についてお聞きします。

|                          |                                                                                               |    |                              |    |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------|----|
| 利き腕はどちらですか               | <input type="checkbox"/> 右利き                                                                  |    | <input type="checkbox"/> 左利き |    |
| 身長と体重をわかる範囲でご記入ください      | 身長                                                                                            | cm | 体重                           | kg |
| ここ6ヶ月で体重の変化はありましたか       | <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> かわらない <input type="checkbox"/> 減った      |    |                              |    |
| 手・足・指などに欠損はありませんか        | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| 麻痺（まひ）がありますか             | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| 筋力が低下して不自由なところがありますか     | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| 関節の動きが悪くて不自由なところがありますか   | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| 自分の意志に反して勝手に体が動くことがありますか | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| 床ずれ（褥瘡）はありますか            | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| その他の皮膚の病気がありますか          | <input type="checkbox"/> ある(部位 )                                                              |    | <input type="checkbox"/> ない  |    |
| 屋外を歩くことはありますか            | <input type="checkbox"/> 1人で歩ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 歩けない  |    |                              |    |
| 車椅子を使っていますか              | <input type="checkbox"/> 使わない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作 <input type="checkbox"/> 他人が操作 |    |                              |    |
| 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"/> 屋内でも使用  |    |                              |    |
| 尿パッド・紙パンツ・おむつを使用していますか   | <input type="checkbox"/> 使わない <input type="checkbox"/> 使用(尿パッド・紙パンツ・おむつ)                      |    |                              |    |
| 食事は自分で食べられますか            | <input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> 食べられない   |    |                              |    |
| 食事中にむせることはありますか          | <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> むせる                                    |    |                              |    |

|                    |  |
|--------------------|--|
| 主に介護を行っているのはどなたですか |  |
|--------------------|--|

困っていること、主治因に伝えたいこと、申請・区分変更の理由 福祉用具の必要性など記入して下さい