

このチェックシートは医師が介護認定に必要な意見書を作成するにあたり、参考にするもので、他に公表することはありません。

「主治医意見書」を正確に作成するため、ご協力をお願いいたします。

記入日 年 月 日

続 柄＝本人から見た関係

ふりがな
患者氏名(本人以外の場合)
記載者氏名

()

医師
使用欄

現在、当院以外に 受診していますか？

病院名

病名

(3)

1 日ごろの生活(身体面)について1番あてはまると思うもの、1つに✓を入れてください。

3(1)
日常生活
寝たきり度☐ 身体の状態は問題ない。

自立

☐ 多少不自由さはあるが、自分のことは自分ででき、電車・バスなどで1人で外出できる。

J1

☐ 多少不自由さはあるが、自分のことは自分ででき、隣近所なら1人で外出できる。

J2

☐ 日中はベッドから離れて生活しており、誰かの介助があれば外出できる。

A1

☐ 家の中では自分のことは自分でできるが、外出はあまりせず、日中は寝たり起きたりの生活。

A2

☐ 家の中でも手助けが要り、寝床での生活が多い。食事・排泄は寝床から離れ、自分で行っている。車いすに自分で乗ることができる。

B1

☐ 家の中でも手助けが要る。座った姿勢でいることはできるが、ほとんど寝床での生活。車いすに自分で乗ることができない。

B2

☐ 排泄・食事・着替えに手助けが必要。一日中寝床で過ごす、自分で寝返りができる。

C1

☐ 排泄・食事・着替えに手助けが必要。一日中寝床で過ごす、自分で寝返りできない。

C2

2 日ごろの生活(もの忘れ等)について1番あてはまると思うもの、1つに✓を入れてください。

3(1)
日常生活
自立度☐ 特にもの忘れなどの問題はない。

自立

☐ もの忘れなど、軽い認知症はあるが、日常生活はほぼ自立している。

I

☐ 道に迷う、買い物やお金の管理ができない等の症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。

II a

☐ 薬の飲み忘れや飲み間違いがある。電話や訪問者の応対が難しく1人で留守番ができない。

II b

☐ 着替え・食事・排泄がうまくできず、徘徊などの認知症状がみられるが、一時も目を離せない状態ではない。
(☐ a 日中・☐ b 夜間)を中心として症状が出ている。
↑あてはまるものに✓を入れてください。III a
III b☐ 着替え・食事・排泄がうまくできず、徘徊などの認知症状があり、昼も夜も目を離せない状態。

IV

☐ 意味不明なことを言ったり、大声を出したり暴れたりするので家族が世話をすることが難しい。
またはできない状態である。

M

3 日付や直前に食べたもの・前の日の出来事を忘れてしまうことが多い。 ☐ はい ☐ いいえ3(2)
短期
記憶

4 日ごろの生活で、ものごとを自分で決めることができますか？

☐ 問題なく決めることができる。認知能力
自立☐ 慣れていることは決められるが、新しいことはよく分からず、決めることができない。いくらか
困難※1番あてはまると思うもの
1つに✓を入れてください。☐ 食事や入浴など毎日のことでも自分1人で決めることができない。見守り
が必要☐ ほとんどのことを自分で決めることができない。判断
できない

5 自分のして欲しいこと、して欲しくないことを、伝えることができますか？

☐ 問題なく伝えることができる。伝達能力
自立☐ 少し時間がかかるが、伝えることができる。いくらか
困難※1番あてはまると思うもの
1つに✓を入れてください。☐ 食事・排泄などの生活の基本的なことのみに伝えることができる。具体的
要求のみ☐ ほとんどのことを伝えることができない。伝えられ
ない

裏面もご記入願います→

6 日ごろの生活で次のような行動がありますか？あてはまるものすべてに✓を入れてください。			3(3)
<input type="checkbox"/>	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事がある。		幻視 幻聴
<input type="checkbox"/>	お金など大切なものがなくなったり騒いだり、誰かが盗ったと疑ったりする。		妄想
<input type="checkbox"/>	昼間寝ていて、夜になると寝ないで動き回ったり大きな声を出す。		昼夜 逆転
<input type="checkbox"/>	今までは言わなかったようなひどい事を言う。		暴言
<input type="checkbox"/>	家族や手助けしてくれる人をこづいたり、叩いたりする。		暴行
<input type="checkbox"/>	食事・着替え・排泄・入浴などの手助けを嫌がる。		介護への抵抗
<input type="checkbox"/>	目的もなく動き回る、1人で外に出たがり目が離せない、1人で家に帰れなくなった、などの事がある。		徘徊
<input type="checkbox"/>	ガスコンロ・たばこの消し忘れ等、火の不始末がある。		火の 不始末
<input type="checkbox"/>	排泄後、便をさわったり、汚れた下着や便を隠したりする事がある。		不潔 行為
<input type="checkbox"/>	本来食べられないような物を食べようとしたり、口に入れたりする。		異食 行動
<input type="checkbox"/>	周りの人が困るような性的な言動や行為がある。		性的 問題 行動
7 精神科、心療内科、神経内科などに受診していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (症状名: _____ 受診科名: _____)			3(4)
利き手はどちらですか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
8 現在の身長と体重をご記入ください	身長 _____ cm 体重 _____ Kg		3(5)
この半年間に体重の変化はありましたか？ <input type="checkbox"/> はい(増・減) <input type="checkbox"/> いいえ			
9 身体の状態について、あてはまるものに✓を入れて、該当の部位を記入してください。			3(5)
<input type="checkbox"/>	切断などで手・足・指が失われている部分がある。	→ 部位: _____	四肢 欠損
<input type="checkbox"/>	顔面、手足や体で麻痺しているところがある。	→ 部位: _____	麻痺
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障となるような筋力の衰えがある。	→ 部位: _____	筋力 低下
<input type="checkbox"/>	関節が硬くなって動きにくいところがある。	→ 部位: _____	関節 拘縮
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障となるような関節の痛みがある。	→ 部位: _____	関節の 痛み
<input type="checkbox"/>	手足のふるえがある。	→ 部位: _____	失調 不随意 運動
<input type="checkbox"/>	床ずれ(じよくそう)がある。	→ 部位: _____	褥瘡
<input type="checkbox"/>	湿疹や水虫、おむつかぶれ等、皮膚病がある。	→ 部位: _____	その他 皮膚 疾患
10 屋外での歩行についてあてはまるもの1つに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 自分で歩いている <input type="checkbox"/> 手助けがあれば屋外を歩ける <input type="checkbox"/> 屋外を歩くことはできない			4(1) 屋外 歩行
11 車いすは使用していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(自分で動かしている) <input type="checkbox"/> はい(他の人が動かしている)			4(1) 車椅子
12 杖、シルバーカー、歩行器を使っていますか？あてはまるものすべてに✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 使ってない <input type="checkbox"/> 屋外で使用している <input type="checkbox"/> 屋内で使用している			4(1) 歩行 補助具 の使用
13 食事は自分で食べられますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			4(2) 食事 行為
14 食事や飲みものでむせることがある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			4(3) 4(4)
【医師に伝えたいこと】※必須 ・日常生活や介護で困っていること ・利用を希望するサービスや福祉用具 ・区分変更申請の理由 など、なるべく詳しくご記入ください。			