



「主治医意見書」用

チェックシート

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

ふりがな
患者氏名 _____

(本人以外の場合)

記載者氏名 _____

続 柄=本人から見た関係

()

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。 B2
- 車いすに自分で乗ることが**できない**。 C1
- 排泄・食事・着替えに手助けが必要。一日中寝床で過ごすが、自分で寝返りができる。 C2
- 排泄・食事・着替えに手助けが必要。一日中寝床で過ごすが、自分で寝返り**できない**。 C3

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えがある。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？

認知能力

 問題なく決めることができる。

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 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？

伝達能力

 問題なく伝えることができる。

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 食事・排泄などの生活の基本的なことのみ伝えることができる。具体的
な要求 ほとんどのことを伝えることができない。伝えられな
い※1番あてはまると思うもの
1つに✓を入れてください。※1番あてはまると思うもの
1つに✓を入れてください。

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と騒いだり、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？

3(4)

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい → (症状名:) | 受診科名:) |
| 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 |
| 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 : |
| <input type="checkbox"/> 顔面、手足や体で麻痺しているところがある。 | → 部位 : |
| <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 : |
| <input type="checkbox"/> 関節が硬くなって動きにくいところがある。 | → 部位 : |
| <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 : |
| <input type="checkbox"/> 手足のふるえがある。 | → 部位 : |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ(じょくそう)がある。 | → 部位 : |
| <input type="checkbox"/> 湿疹や水虫、おむつかぶれ等、皮膚病がある。 | → 部位 : |

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。

4(1)

- | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <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 |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|

屋外
歩行

11 車いすは使用していますか？

4(1)

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <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) |
|------------------------------|--|---|

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。

4(1)

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <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 |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

歩行
補助具
の使用

13 食事は自分で食べられますか？

4(2)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

食事
行為

14 食事や飲みものでむせることがある。

4(3)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

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。