

介護保険 主治医意見書問診票

この問診票は、介護保険の主治医意見書を記入する医師に、ご本人の日常の様子等を的確に伝えるための書類です。分かる範囲でご記入いただき、主治医へ必ず早めに提出してください。(診察がお済みでない方は、提出と併せて早めに受診してください。)

※熊谷市、深谷市、寄居町以外の医療機関を受診する場合、この問診票の提出は不要です。

●記入した日： 年 月 日

●問診票を記入したのはどなたですか？
(お名前) (続柄) (電話番号) — —

●どなたの問診票ですか？

(お名前)	(ご住所)
(生年月日) 年 月 日 [歳]	(性別) 男・女 (電話番号)

1 現在、介護保険の認定を受けていますか？当てはまるところに✓印をつけてください。(例：☑)

受けている 受けていない

→「受けている」に✓した方のみお答えください。

*現在の介護度を教えてください。

要支援1 要支援2 / 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

*サービスを利用していますか？「はい」の場合、ケアプランを依頼している事業所名を記入してください。

はい(事業所名:) いいえ

2 他の病院(医師)にかかっていますか？

はい いいえ

→「はい」に✓した方のみお答えください。

*診療科はどこですか？当てはまるところに✓印をつけてください。

内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科
眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他()

3 生活に支障を与える直接の原因になっている病名又は症状を記入してください。

病名: いつから: 年 月 日

4 生活に支障を与える直接の原因にはなっていないが、「3」の他に気になっている病気があれば記入してください。

病名: いつから: 年 月 日

病名: いつから: 年 月 日

5 過去14日以内に受けた医療はありますか？当てはまるところに✓印をつけてください。

点滴 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法
レスピレーター(人工呼吸器) 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養
モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡(床ずれ)の処置 カテーテル

6 心身の状態についてお尋ねします。

6-1 わかる範囲で記入してください。

・身長 ()cm

・体重 ()kg

・利き腕 右 左

→→→ 過去6か月の体重の変化(増えた 変わらない 減った)

6-2 身体の不自由な状態についてお尋ねします。当てはまるところに✓印をつけてください。

不自由なところは全くない。

多少の不自由さはあるが、日常生活はほぼ自立し、一人で外出できる。

介助なしには外出できないが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。

家の中での生活に何らかの介助を要し、ベッド上の生活が主体であるが、車いすを使用することはできる。

一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えにおいて常に介助を要する。

《裏面へ続く》

