

「主治医意見書」作成のための予診票

記入日：令和 年 月 日

この予診票は、主治医意見書作成のために患者さんの状態を把握するために、普段の様子をできるだけ正確に記載してください。

| | | | | |
|------|-------------|-----|----------|-----|
| ふりがな | | 男・女 | 記入者氏名 | |
| 患者氏名 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | 患者さまとの続柄 | () |

3 心身の状態に関すること

(1) ① 日常生活の自立度は、次のどれにあたりますか。該当する()内に1つだけ選んで○印をつけてください。

| | |
|--------|--|
| () O | 特に問題ない。 |
| () J1 | 交通機関を利用して外出できる。 |
| () J2 | 隣近所なら外出できる。 |
| () A1 | 日中はベッドから離れて生活しており、介助があれば外出できる。 |
| () A2 | あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。 |
| () B1 | ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での生活には介助を必要とする。【車椅子などに一人で移乗できる】 |
| () B2 | ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での生活には介助を必要とする。【車椅子などに一人で移乗できない】 |
| () C1 | 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を必要とする。【自分ひとりで寝返りをすることができる】 |
| () C2 | 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を必要とする。【自分ひとりで寝返りをすることができない】 |

(1) ② 認知症状の程度は、次のどれにあたりますか。該当する()内に1つだけ選んで○印をつけてください。

| | |
|----------|--|
| () O | 認知症の症状はない。 |
| () I | 物忘れなど軽い認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している。 |
| () IIa | 道に迷う、買い物や金銭の管理などができなくなるほどの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。 |
| () IIb | 薬の内服がきちんとできない、電話や訪問者との対応ができないなど、ひとりで留守番ができない。 |
| () IIIa | 着替え、食事、排泄などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難を期し、介護を必要とする。 |
| () IIIb | 着替え、食事、排泄などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難を期し、介護を必要とする。症状は特に夜にひどい。 |
| () IV | 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時、介護を必要とする。 |
| () M | 妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。 |

(2) ① 短期記憶について、該当する項目に○印を付けてください。

5分前に食べた内容など、本来一時的には記憶に残るような、直前のことについて覚えていないことがありますか。 (ある ・ ない)

| (2) ② 日常の意思決定を行うための認知能力について、該当する()内に1つだけ選んで○をつけてください。 | |
|--|--|
| () | 日常生活において、首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。 |
| () | 日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面したときにのみ判断に多少の困難がある。 |
| () | 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。 |
| () | ほとんど、又は全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。 |

| (2) ③ 自分の意思の伝達能力について、該当する()内に1つだけ選んで○印をつけてください。 | |
|--|---|
| () | 自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。 |
| () | 適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。 |
| () | 自分の意思を理解させるのに、多少、相手から促すことが必要な場合もある。 |
| () | 時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求(飲食、睡眠、トイレなど)に限られる。 |
| () | ほとんど伝えられない、又は限られた者にのみ理解できるサイン(本人固有の音声、あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えることができない。 |

| (3) 次の質問について、「ある」「ない」のいずれかに◎印をつけてください。 | | |
|--|---------------------------------------|-------------|
| (幻視・幻聴) | 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。 | (ある ・ ない) |
| (妄想) | 物を盗られたなどと被害的になることがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (昼夜逆転) | 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がありますか。 | (ある ・ ない) |
| (暴言) | 言葉による暴力がありますか。 | (ある ・ ない) |
| (暴行) | 暴力行為がありますか。 | (ある ・ ない) |
| (介護への抵抗) | 助言や介護に抵抗して支障を来すことがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (徘徊) | 目的もなく動き回ることがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (火の不始末) | 火の始末や火元の管理ができないことがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (不潔行為) | 排泄物をもてあそんだりするなどの不潔な行為をすることがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (異食行動) | 食べられない物を口に入れることがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (性的問題行動) | 周囲が迷惑するような性的行動がありますか。 | (ある ・ ない) |
| (失語・構音障害) | 意味のない単語を並べたり、「口がもつれる」ことがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (失書・失読) | 書けるはずの簡単な字などを書けなくなったり、読めなくなることがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (せん妄) | 精神的な混乱、錯乱、興奮などが急にかつ不安定に起こることがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (傾眠傾向) | 「眠ってばかりいる」というようなことがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (失見当識) | 日付や曜日がわからない、又は、人が誰かわからないことがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (失認) | 左右がわからなかったり、ドアの開け方がわからないようなことがありますか。 | (ある ・ ない) |
| (失行) | 服を着る順序や入浴の手順がわからなくなることがありますか。 | (ある ・ ない) |

| | |
|-----------------------------------|---|
| (5) 身体の状態について、該当する項目に○印、記入してください。 | |
| (1) 利き腕はどちらですか。 | (右 ・ 左) |
| (2) 身長と体重を教えてください。 | 身長 (cm) ・ 体重 (kg) |
| (3) この6ヶ月の体重の変化はありますか。 | (増加 ・ 変わらず ・ 減少) |

4 生活機能とサービスに関すること

| | |
|---|------------------------------------|
| (1) 移動について、該当する項目に○印を付けてください。 | |
| (1) 屋外での歩行はできますか。 | (ひとりで歩行可能 ・ 介助があればできる ・ 歩行していない) |
| (2) 車椅子を使用していますか。 | (使用していない ・ 自分で操作している ・ 押しってもらう) |
| (3) 歩行補装具(杖、押し車など)を使用していますか。 【複数選択可】 | (使用していない ・ 屋外で使用 ・ 室内で使用) |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| (2) 栄養と食生活について、該当する項目に○印を付けてください。 | |
| (1) 食事は自分でたべられますか。 | (自立ないし何とか自分で食べている ・ 全面介助) |
| (2) 現在の栄養状態はどうか。 | (良好 ・ 不良) |