

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
 明・大・昭 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ  
 記入者 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当ケアマネージャー事務所 \_\_\_\_\_ 担当者氏名 \_\_\_\_\_  
 支援センター名 \_\_\_\_\_ 担当者氏名 \_\_\_\_\_

当院で初回作成の方は、ご家族に相談するか、可能な限りご記入ください。  
 2回目以降の方は、ご家族・担当ケアマネージャーにも相談していただくか、難しい場合は強調したい事や最近変化のあった事のみのご記入でも結構です。数字に○があるところは全員ご記入下さい。ご記入内容は主治医意見書作成の参考と致します。記載内容と異なる場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

1 介護保険の申請をした主な理由は何ですか？該当の□にレ点を付けてください。（複数選択可）

申請を新規にしたい 申請の更新をしたい 介護度の区分変更したい 入所したい  
在宅診療に移行したい 手足が不自由になった 寝たきり もの忘れがひどくなった  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

・更新・区分変更申請の方にお聞きします。現在の介護度の□にレ点を付けてください。

なし 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  
 現在利用している介護保険サービスは？( \_\_\_\_\_ )

・同居している人はいますか？ いる（名前と連絡先 \_\_\_\_\_） いない  
 ・同居の方はお仕事をしていますか？ している していない  
 ・介護してくれる人はいますか？ いる（名前と連絡先 \_\_\_\_\_） いない  
 ・介護してくれる方はお仕事をしていますか？ している していない

2 他の先生（医師・病院）にかかっていますか？

<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	(病院名 _____ 病名 _____ 診療科名 _____)
	(病院名 _____ 病名 _____ 診療科名 _____)
	(病院名 _____ 病名 _____ 診療科名 _____)

3 今までかかった病気や手術など（おもなもの3つまで）をわかる範囲で記入してください。

病名	手術歴など	いつから
		年 _____ 月頃 _____
		年 _____ 月頃 _____
		年 _____ 月頃 _____

この2週間に以内に下記の医療を受けましたか？受けた場合は該当の□にレ点を付けてください。（複数選択可）

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（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

4 身体の状況について：次の状態のうち、より頻度の高いものを1つだけ選んでレ点をつけてください。

- からだの不自由なところはまったくない (自立)
- からだが多少不自由であるが、バスやタクシーを使って一人で外出できる (J 1)
- からだが多少不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる (J 2)
- 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身の回りのことはできる (A 1)
- 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中では横になっていることが多い (A 2)
- 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる (B 1)
- 車いすに乗り降りするのも一人ではむずかしいが、すわっていることはできる (B 2)
- 一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる (C 1)
- 一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えで人の手がかかり、寝返りもうてない (C 2)

5 認知症の状況について：次の状態のうち、より頻度の高いものを1つだけ選んでレ点をつけてください。

- 認知症はない (自立)
- もの忘れなど、少し精神面のおとろえはあるが、一応一人でも生活できる (I)
- 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりをまちがえたりする (II a)
- 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができない (II b)
- 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある (III a)
- 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる (III b)
- 昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできない (IV)
- 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない (M)

6 理解したり記憶したりすることについて、おたずねします。より頻度の高いものを1つだけ選んでレ点をつけてください。

- ・5分前の事をわすれてしまうことはありますか？ はい いいえ
- ・日常生活で、ものごとを自分で決める（判断する）ことができますか？  
特に問題ない 新しい出来事については「こうしたい」とは言えない 食事をしたいか、お風呂に入りたいなど具体的に聞いてあげないと、うまく決められない 自分ではほとんどまったく決められない
- ・自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？  
できる 少し時間がかかる 具体的な要求（食事・排泄など）に限られる まったく伝えられない

7 日常生活で、次のような問題行動がありますか？それぞれ1つだけ選んでレ点をつけてください。

- ・実際にはいない人や虫、動物などが見えると言ったことがありますか？ ある ない
- ・実際にはいない人の声や物音が聞こえると言ったことがありますか？ ある ない
- ・金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言うことがありますか？ ある ない
- ・昼間寝て、夜間さわぐことがありますか？ ある ない
- ・介護する人などに、暴言をはくことがありますか？ ある ない

- ・介護する人などに、暴力をふるうことがありますか？  ある  ない
- ・介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？  ある  ない
- ・目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？  ある  ない
- ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？  ある  ない
- ・便をこねるなど、不潔な行動がありますか？  ある  ない
- ・紙や消しゴムなど、通常食べられない物を食べることがありますか？  ある  ない
- ・性的問題行動がありますか？  ある  ない
- ・その他問題行動がありますか？ ある ( ) ない
- ・精神・神経症状のため、精神科、神経内科、脳外科などの専門医の診察を受けていますか？  ある  ない

8 身体の状態について、おたずねします。それぞれ1つだけ選んでレ点をつけてください。

- ・きき腕は？ 右 左 ・身長は？ ( \_\_\_\_\_ cm) ・体重は？ ( \_\_\_\_\_ kg)
- ・最近6カ月の間に体重の変化はありますか？ ない 増えた 減った
- ・手・足・指などに欠損はありますか？ ない ある (どこに \_\_\_\_\_)
- ・麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？ ない ある (どこに \_\_\_\_\_)
- ・関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ ない ある (どこに \_\_\_\_\_)
- ・関節の痛みがありますか？ ない ある (どこに \_\_\_\_\_)
- ・自分の意思に反した身体ふるえがありますか？ ない ある (どこに \_\_\_\_\_)
- ・床ずれがありますか？ ない ある (どこに \_\_\_\_\_)
- ・皮膚病(水虫など含む)がありますか？ ない ある (病名: \_\_\_\_\_)  
(どこに \_\_\_\_\_)

9 現在の生活について、おたずねします。より頻度の高いものを1つだけ選んでレ点をつけてください。

- ・屋外で歩いていますか？ 歩いている 介助があれば歩いている 歩いていない
- ・車いすを使っていますか？ 使っていない 主に自分で操作している  
主に介護者が操作している
- ・杖・シルバーカーや下肢装具を使っていますか？ 使っていない 屋外で使う 屋内で使う
- ・食事は自分で食べられますか？ 一人でできる なんとかできる できない
- ・飲み込みにくいことや、むせることがありますか？ ない ときどきある よくある
- ・健康な時と比べて食事の量は減っていますか？ 変わらない 3分の2程度 半分以下
- ・自分で着替えができますか？ できる 一部はできる できない
- ・自分で入浴ができますか？ できる 一部はできる できない
- ・自分でトイレができますか？ できる 一部はできる できない
- ・自分で掃除ができますか？ できる 何とかできる できない

- ・自分で洗濯はできますか？ できる 何とかできる できない
- ・自分で買物はできますか？ できる 何とかできる できない
- ・自分で薬・金銭の管理ができますか？ できる 何とかできる できない
- ・使用しているものがありますか？ おむつ ポータブルトイレ リハビリパンツ  
その他（ ）
- ・屋内に手すりはありますか？ 完備してある 完備していない
- ・屋内に段差がありますか？ ある ない

10 以下のような状態がありますか？当てはまるものにレ点を付けてください。（複数選択可）

- 尿や便を漏らすことがある。 転びそうになることがある。 出かけることが少なくなった。
- 意欲がなくなった。 止めても、しょっちゅう外に出ていく（徘徊）。 低栄養
- 食事や水でよくむせる。 脱水。 よく風邪をひく。 がんなどの痛み。

11 現在利用しているサービス、今後利用してみたいサービスにレ点をつけてください。（複数選択可）

- 医師が家庭訪問して診察。
- 看護師が自宅を訪問。
- 歯科医師が家庭訪問して診察。
- 薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてもらう。
- リハビリの専門家が自宅を訪問して、リハビリをする。
- 通所リハビリテーション（デイケア）にかよって、リハビリをする。
- 病院（療養型病床）、老人保健施設や特別養護老人ホームなどに何日か泊まる。
- 歯科衛生士が家庭訪問して口の中を衛生について指導。
- 栄養士が家庭訪問して、食事のとり方について教えてもらう。
- ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴や食事の世話をしてもらう。
- 特別養護老人ホームなどにかよい、通所介護（デイサービス）をうける。
- 家庭を訪問して、浴槽を提供し入浴の介助をってもらう。

12 日ごろの介護の状況を具体的に記入してください。特に認知症などで問題行動がある場合には、困っている内容等を具体的に記入してください。