

予診票（参考）

介護保険要介護認定のために主治医意見書の記載を求められる患者さんの状態を今一度把握するための予診票です。お手数ですが下記の質問にお答えください。

	病院名	
申請者本人（患者）氏名		
記載者氏名	本人との関係	
1) 現在継続的に診察を受けたり、治療を受けている病院・診療所がありますか？ 病院・診療所名、診療科名、病名：		
2) 今までにかかった病気を記入してください。（入院した病気、手術、骨折など） 骨折をした事がありますか？		
	いいえ	はい（いつ、部位は）
腹部の手術を受けた事がありますか？		
	いいえ	はい（いつ、部位は）
腸閉塞を起こした事がありますか？		
	いいえ	はい（いつ）
心臓発作や喘息になった事がありますか？		
	いいえ	はい（いつ）
その他の病気がありますか？		
	いいえ	はい（いつ、病名は）
3) 申請者の利き腕は？ 右利き 左利き		
4) 身長は？ cm		
5) 体重は？ kg		
6) 会話はスムーズに行えますか？	はい	いいえ
7) 手・足・指などに欠損はありますか？	はい	いいえ
8) 関節が動きにくく不自由なところがありますか？	はい	いいえ
9) 麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？	はい	いいえ
10) 歩行が不安定で転んだりしやすいですか？	はい	いいえ
11) 食事は自分で出来ますか？	はい	いいえ
12) 食べ物や飲み物をスムーズに飲み込むことが出来ますか？	はい	いいえ
13) 床ずれ（じょく瘡）がありますか？	はい	いいえ
14) 皮膚病がありますか？	はい（病名）	いいえ

- 15) 便や尿をもらすことがありますか？（便意や尿意がわからない事がありますか？）
はい いいえ
- 16) ひどい物忘れはありますか？
はい いいえ
- 17) 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしている様な事がありますか？
はい いいえ
- 18) 実際になかった事をあったように言う事がありますか？（例えば、お金とか大切なものが盗られたとか、なくなったとか言う事）
はい いいえ
- 19) 昼夜が逆転していますか？（昼間に寝ている事が多く、夜間（深夜、早朝）動き回ったり、大声を出したりする）
はい いいえ
- 20) 今までになく暴言を吐いたり、暴力を振るったりするようになりましたか？
はい いいえ
- 21) 介護に抵抗または拒絶する事がありますか？
はい いいえ
- 22) 目的もなく動き回ったり、外出したり（徘徊）する事がありますか？
はい いいえ
- 23) ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？
はい いいえ
- 24) 排便後などに、便などを触ったりするような事がありますか？
はい いいえ
- 25) 本来食べられないようなものを食べたり、食べようと口に入れたりする事がありますか？
はい いいえ
- 26) 性的な問題行動をする事がありますか？
はい いいえ
- 27) 急に意味不明な事をしゃべったり、行動したりする事がありますか？
はい いいえ
- 28) いつも、うとうと寝ている事が多いですか？
はい いいえ
- 29) 自分のいるところがわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりする事が多くありますか？
はい いいえ
- 30) 14) から29) の質問ではいと答えた方で、それらの症状は日によって大きく変動しますか？
はい いいえ
- 31) その他、困っている事があったらお書きください。

※ 必須ではありません。