

介護保険申請をされた方へ

患者氏名 _____

主治医意見書を記入するにあたり、以下の記入をお願いします。

現在、申請書に記入した医師（医院）以外にも他院に定期受診していますか

- 無 有
- | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 神経科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 |
| <input type="checkbox"/> 婦人科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 歯科 | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

日常生活自立度（寝たきり度）について、に✓をつけてください

不自由や日常生活上の支障はない……………自立

何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する方

交通機関等を利用して外出する……………J1

隣近所へなら外出する……………J2

屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしに外出はしない方

介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する…A1

外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている…A2

屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが、座位を保つ方

車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う……………B1

介助により車椅子に乗車する……………B2

1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する方

自力で寝返りをうつ……………C1

自力では寝返りもうたない……………C2

認知症の状態について、に✓をつけてください

何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している方

特に物忘れなどない……………自立

在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能……………I

日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、

道に迷う、買い物・金銭管理等、それまでできていたことに

ミスが目立つ等……………II a

服薬管理、電話、訪問者の対応等一人ではできない等……………II b

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする方

日中を中心として問題行動の例の状態が見られる……………III a

夜間を中心として問題行動の例の状態が見られる……………III b

状態が頻繁に見られ、常に介護を必要とする……………IV

（問題行動の例…着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等）

著しい精神症状（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等）や

重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする……………M

裏面のご記入もお願い致します➡

