

紀南病院 医事課 情報管理係宛

FAX : 0 5 9 7 9 - 2 - 3 6 6 1

介護保険 主治医意見書問診票

記載日： 年 月 日

| | | | | | |
|---|--|-------|---|---|---|
| 患者氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
| 一緒に住まれている家族（ ）例：妻・長男 | | | | | |
| 記載者氏名（主に連絡をとれる方の記載もお願いします） | | | | | |
| 続柄 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 現在、紀南病院以外で診断・治療を受けている病院・診療所がありますか | | | | | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（医療機関名： 診療科名： ） | | | | | |
| 今回の主治医意見書の申請区分を教えてください | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更申請 <input type="checkbox"/> 継続申請 | | | | | |
| 介護保険の認定を受けていますか？ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | | | |
| 担当ケアマネージャーはいらっしゃいますか？ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（事業者名： 氏名： ） | | | | | |
| 1. 日常生活の様子についてお聞きします。1つ選んで☑をつけてください。 | | | | | |
| 正常 | <input type="checkbox"/> 日常生活上の支障はない（正常） | | | | |
| 自立歩行 | <input type="checkbox"/> 交通機関等を利用して外出できる（J1） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 隣近所なら外出できる（J2） | | | | |
| 介助歩行 | <input type="checkbox"/> 介助により外出し、日常はほとんどベッドから離れて生活する（A1） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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） | | | | |
| 車いす生活 | <input type="checkbox"/> 自分一人で車いすに乗り移ることができ、食事、排泄はベッドから離れて行う（B1） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介助がなければ車いすに乗り移ることができない（B2） | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自分で寝返りが打てる（C1） | | | | |
| 寝たきり生活 | <input type="checkbox"/> 生活全般に介助を要する。自力では寝返りも打てない（C2） | | | | |
| 2. 物忘れの状態についてお聞きします。1つ選んで☑をつけてください。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 特にない（正常） | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 以前より忘れやすくなったり話がくどくなったりしているが、生活上の支障はない（I） | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でお釣りを間違えたりする（IIa） | | | | | |

6. 現在の生活についてお聞きします。該当する項目に☑をお願いします

●屋外を歩くことができますか

できる 介助があればできる できない

●車いすを使用していますか

使っている 主に自分で操作している 主に他人が操作している

●杖や歩行器または装具を使っていますか

使っていない 屋外で使用 屋内で使用

●食事は自分で食べられますか

自分で食べられる 介助が必要

●食べ物をスムーズに飲み込むことができますか

できる 何とかできる できない

●便や尿をもらすことがありますか

ない ときどき ある

●よく転ぶことがありますか

ない ときどき ある

●閉じこもりや意欲の低下などありませんか

ない ある

7. 利用したいサービスすべてに☑をお願いします

訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養看護 訪問歯科衛生指導
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他（ ）

8. その他、困ったことがありましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。

紀南病院 医事課 情報管理係

提出方法

①FAX：05979-2-3661

②郵送：〒519-5923

三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750-1

紀南病院 医事課 情報管理係

③総合受付に提出の場合 平日 8:00~17:15