

要介護認定のための日常生活状況申出書

この申出書は、あなたの主治医が、要介護・要支援認定に必要な意見書を記入の際に参考にするものです。他に公表することはありません。

正確な主治医意見書を作成いただくため、各項目をわかる範囲で記入して、主治医にお渡しいただくか、申請書とともに高齢者支援課に御提出ください。

●この書類は、柏市医師会の監修を受け、柏市が作成したものです。（令和4年9月1日改訂）

フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
氏名	身長（ ）cm ・ 体重（ ）kg					
	この半年の体重変化（ なし ・ 増 ・ 減 ）					
利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	記入者	続柄（ ）			

(1) 現在、他の病院にかかっていますか？

- かかっていない
 かかっている

病院名 _____ 病名 _____

病院名 _____ 病名 _____

主治医
使用欄

3-(1) (2) 日ごろの生活について一番あてはまると思うものを 1つ 選んでください。

- 自立 身体の状態は問題ない。
J1 多少不自由さはあるが、自分のことは自分ででき、電車・バスなどで1人で外出できる。
J2 多少不自由さはあるが、自分のことは自分ででき、隣近所なら1人で外出できる。
A1 家の中では自分のことは自分でできるが、1人では外出しない。
A2 家の中では自分のことは自分でできるが、外出はあまりせず、寝たり起きたりしている。
B1 家の中でも手助けが要り、寝床での生活が多い。食事・排泄は寝床から離れ、自分で行っている。車いすに自分で乗ることができる。
B2 家の中でも手助けが要る。座った姿勢でいることはできるが、ほとんど寝床での生活。車いすに自分で乗ることができない。
C1 排泄・食事・着替えに手助けが必要。一日中寝床で過ごす。自分で寝返りできる。
C2 排泄・食事・着替えに手助けが必要。一日中寝床で過ごす。自分で寝返りできない。

3-(1) (3) もの忘れなど、日ごろの心の状態について一番あてはまると思うものを 1つ 選んでください。

- 自立 特にもの忘れなどの問題はない。
I 多少ちぐはぐな点はあるが、大きな支障はない。
IIa 道に迷ったり、買い物で間違ってしまったたり、お金の管理などで間違いが多くなった。
IIb 薬を飲み忘れてたり、飲み間違えたりする。電話の応対が難しく、1人で留守番ができない。
IIIa 着替え・排泄・食事の手順がわからず、上手くできない。また、コミュニケーションをとることに苦勞する。（昼間が中心）
IIIb 上のような状態が夜間にも見られる。

<p>3-(4)</p> <p>うつ状態 せん妄状態 傾眠傾向 失見当識 構音障害 失語症 失認・失行</p>	<p>(6) 最近、以前はなかったような精神状態がありますか？ あてはまるもの<u>すべて</u>に✓を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 活発さに欠け、気分が落ち込んでいる。 <input type="checkbox"/> 暴れたり、大声で騒いだり突然動きだす。 <input type="checkbox"/> 1日中うとうと寝ており、大声で起こせば起きるがすぐ寝てしまう。 <input type="checkbox"/> 自分の居場所がわからなかったり、季節や時間が不正確だったりする。 <input type="checkbox"/> 声が出なくなったり、会話がスムーズに行えないことがある。 <input type="checkbox"/> トイレや洗面所の場所などがわからない。物の名前が言えない。 <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔がわからない、麻痺がないのに洋服がうまく着られない、箸やスプーンがうまく使えない。</p> <p>上記の症状について、専門医を受診していますか？ <input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 受診している（受診科名 _____）</p>
<p>3-(5)</p> <p>四肢欠損 麻痺 筋力の低下 関節の拘縮 関節の痛み 失調・不随意運動 褥瘡 その他の皮膚疾患</p>	<p>(7) 身体の状態についてうかがいます。</p> <p>・手、足、指などに失った部分がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・顔面・手足や体で麻痺しているところがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・日常生活を送る上で支障となるような筋力の衰えがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・手・足の関節で硬くなって動きにくいことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・日常生活に支障があるような手・足の関節の痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・手足のふるえがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・床ずれがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p> <p>・床ずれ以外に身体に湿疹や水虫、おむつかぶれ等の皮膚病はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位 _____）</p>
<p>4-(1)</p> <p>屋外歩行</p>	<p>(8) 家の外での歩行についてあてはまるものを<u>1つ</u>選んでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で歩いている。 <input type="checkbox"/> 手助けがあれば家の外を歩ける。 <input type="checkbox"/> 家の外を歩くことはできない。</p>
<p>4-(1)</p> <p>車いすの使用</p>	<p>(9) 車いすの使用についてあてはまるものを<u>1つ</u>選んでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 使用していない。 <input type="checkbox"/> 普段は自分で動かしている。 <input type="checkbox"/> 普段は他の人が動かしている。</p>
<p>4-(1)</p> <p>歩行補助具等の使用</p>	<p>(10) 歩行器・シルバーカー・杖などを使用していますか。使用している方は、使用しているものとその使い方を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 使用していない。 <input type="checkbox"/> (_____) を（家の外・中）で使用している。</p>
<p>4-(2)</p> <p>食事行為</p>	<p>(11) 食事についてあてはまるものを<u>1つ</u>選んでください。</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で食べられる。または、なんとか自分で食べられる。 <input type="checkbox"/> 自分で食べることはできず、すべてに手助けが必要。</p>
<p>4-(2)</p> <p>栄養状態</p>	<p>(12) 現在の栄養状態はどうですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 良くない</p>

4-(3)	<p>(13) 最近、次のようなことはありますか。 あてはまるものすべてに✓を記入してください。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 尿や便をもらすようになった。</td> <td><input type="checkbox"/> よく転ぶようになった。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 移動するのが難しい。</td> <td><input type="checkbox"/> 床ずれができる。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 息切れがする。</td> <td><input type="checkbox"/> 家に閉じこもる。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> あまりやる気がしない。</td> <td><input type="checkbox"/> 意味なく動き回る。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食事量が少ない。</td> <td><input type="checkbox"/> 食事のときにむせる。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脱水症状がある。</td> <td><input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> がん等で痛みがある</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 尿や便をもらすようになった。	<input type="checkbox"/> よく転ぶようになった。	<input type="checkbox"/> 移動するのが難しい。	<input type="checkbox"/> 床ずれができる。	<input type="checkbox"/> 息切れがする。	<input type="checkbox"/> 家に閉じこもる。	<input type="checkbox"/> あまりやる気がしない。	<input type="checkbox"/> 意味なく動き回る。	<input type="checkbox"/> 食事量が少ない。	<input type="checkbox"/> 食事のときにむせる。	<input type="checkbox"/> 脱水症状がある。	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい。	<input type="checkbox"/> がん等で痛みがある							
<input type="checkbox"/> 尿や便をもらすようになった。	<input type="checkbox"/> よく転ぶようになった。																				
<input type="checkbox"/> 移動するのが難しい。	<input type="checkbox"/> 床ずれができる。																				
<input type="checkbox"/> 息切れがする。	<input type="checkbox"/> 家に閉じこもる。																				
<input type="checkbox"/> あまりやる気がしない。	<input type="checkbox"/> 意味なく動き回る。																				
<input type="checkbox"/> 食事量が少ない。	<input type="checkbox"/> 食事のときにむせる。																				
<input type="checkbox"/> 脱水症状がある。	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい。																				
<input type="checkbox"/> がん等で痛みがある																					
4-(5)	<p>(14) どのような医療サービスを受けたいですか？（複数✓可）</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訪問診療</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問看護</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問歯科診療</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション</td> <td><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導</td> <td><input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導</td> <td><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 老人保健施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護医療院</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（</td> <td><input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ)			<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（			<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導																		
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ)																				
<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション																			
<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院																				
<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（			<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし																		
4-(6)	<p>(15) お体で気になることがありますか？（複数✓可）</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血圧（</td> <td><input type="checkbox"/> 摂食（</td> <td><input type="checkbox"/> 嚥下（</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 移動（</td> <td><input type="checkbox"/> 運動（</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他（</td> <td><input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 血圧（	<input type="checkbox"/> 摂食（	<input type="checkbox"/> 嚥下（	<input type="checkbox"/> 移動（	<input type="checkbox"/> 運動（		<input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし												
<input type="checkbox"/> 血圧（	<input type="checkbox"/> 摂食（	<input type="checkbox"/> 嚥下（																			
<input type="checkbox"/> 移動（	<input type="checkbox"/> 運動（																				
<input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし																				
4-(7)	<p>(16) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入してください。）</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 無</td> <td><input type="checkbox"/> 有（</td> <td><input type="checkbox"/> 不明</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（	<input type="checkbox"/> 不明																	
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有（	<input type="checkbox"/> 不明																			
<p>(17) これまでお書きいただいた以外に、困っていること、今後不安なことなどがありましたらご自由に記入してください。</p>																					

記入日 令和 年 月 日

ご協力ありがとうございました。

<p>主治医意見書を記入される医師へのお願い</p> <ul style="list-style-type: none"> ●主治医意見書記入に当たっては、本申出書をご参考のうえ、医学的見地から介護についてのご意見をご記入ください。 ●主治医使用欄に「主治医意見書」に該当する項目を記載しましたのでご利用ください。

柏市高齢者支援課 認定審査担当
電話 04-7167-1134 (直通)