

(小郡三井医師会)

以下の質問について答えられる範囲で、ご本人もしくはご家族など介護者によりご記入下さい。

申請者		被保険者番号		
		〒 -		
	明・大・昭 年 月 日生 歳	連絡先 ()		
記入者	申請者との関係 ()			
		記入日	令和 年 月 日	

病名・症状	病院・診療所名	診療科名	いつから

病名・手術名など	いつ頃				
	昭和・平成・令和	年	月頃	・	不明
	昭和・平成・令和	年	月頃	・	不明
	昭和・平成・令和	年	月頃	・	不明

5. 日常の生活の様子についてお聞きます。1つ選んで□に✓印をつけてください。

6. もの忘れの状態についてお聞きします。1つ選んで□に✓印をつけてください。

☐ 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずにあり、常に目が離せない。

(裏面もご記入下さい)

7. 理解や記憶についてお聞きします。(当てはまると思われるものを○で囲んで下さい)
- ・10 分前に食べた食事の内容を覚えていますか？ (覚えている・覚えていない)
 - ・自分一人の判断や意志で行動できますか？ (できる・多少困難・できない)
 - ・自分の要求や意志を相手に伝えられますか？ (できる・多少困難・具体的要求のみ・できない)
8. 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。
- ・実際にないものが見えたり聞こえたりすることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・実際になかったことをあったかのように言うことがありますか？
(例えば、お金や大切なものが盗られたとか無くなったなど) (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・昼間寝ていて、夜中に動き回ったり大声を出すことがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力をふるうことがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・介護に抵抗したり、または拒否をすることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・目的もなく動き回ったり外出したり (徘徊) することがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・タバコの火やガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・食べられないものを食べたりすることがありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
 - ・ひわいな言動がありますか？ (ある ・ 時々 ・ 無い)
9. 身体の様子についてお聞きします。(当てはまると思われる方を○で囲んで下さい)
- ・話すことはスムーズにできますか？ (できる・できない)
 - ・健康なときの利き腕はどちらですか？ (右・左)
 - ・身長 (cm) 体重 (kg)、ここ半年で体重の変化はありますか？ (ある ・ ない)
 - ・手・足・指などに欠損がありますか？ (ある ・ ない)
 - ・麻痺や身体に力が入らず不自由なことがありますか？ (ある ・ ない)
 - ・関節の動きが悪かったり、関節の痛みで不自由なところがありますか？ (ある ・ ない)
 - ・自分の意志に反した身体の動き (ふるえなど) がありますか？ (ある ・ ない)
 - ・床ずれ (じょくそう) がありますか？ (ある ・ ない)
 - ・皮膚病がありますか？ (ある ・ ない)
10. 現在の介護の様子をお聞きします。(当てはまると思われる方を○で囲んで下さい)
- ・屋外の歩行は一人でできますか？ (できる ・ できない)
 - ・車椅子を使用されている方は自分で動かせますか？ (できる ・ できない)
 - ・食事は自分で食べられますか？ (できる ・ できない)
 - ・食べ物をスムーズに飲み込むことができますか？ (できる ・ できない)
 - ・一人で着替えができますか？ (できる ・ できない)
 - ・一人で入浴ができますか？ (できる ・ できない)
 - ・一人で排尿・排便ができますか？ (できる ・ できない)
 - ・掃除が自分でできますか？ (できる ・ できない)
 - ・薬・金銭の管理が自分でできますか？ (できる ・ できない)
11. 現在ある状況すべてに✓印を付けて下さい。
- ☐尿をもらす ☐家にとじこもる ☐杖、老人車を使用している ☐食欲がない ☐意欲がない ☐痛みがある
12. 利用したいサービスすべてに✓印を付けて下さい。
- ☐訪問診療 ☐訪問看護 ☐ヘルパー派遣(訪問介護) ☐訪問歯科診療 ☐訪問リハビリテーション
☐入浴サービス ☐デイサービス ☐デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) ☐配食サービス
☐住居改修 ☐福祉用具の貸与や購入 ☐施設入所
13. 希望することや困っていることなどがあれば記入して下さい。
(すでに介護度をお持ちの方は、前回の申請時の状態と今回を比較して、どのように変わったかをお書き下さい。)