

紀南病院 医事課 情報管理係宛

FAX : 0 5 9 7 9 - 2 - 0 0 2 0

## 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					
紀南病院に受診されている科をご記入ください。（医師名が分かるなら記載お願いします） 診療科（ ） 医師名（ ）					
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： ）					
<b>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。</b>					
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）				



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：05979-2-0020

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