

# 介護保険申請時連絡票

(作成：泉佐野泉南医師会・医師会圏域6市町ケアマネジャー合同連絡会)

記入日 令和 年 月 日

日頃の状態をわかる範囲でお答えください。

質問の意味や答え方がわかりにくい場合は医師(かかりつけ医)またはケアマネジャー等におたずねください。

お名前	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)
問診票の記入者	本人との関係		電話番号				
ケアプランを依頼しているところがありますか？							
<input type="checkbox"/> ある(事業所名 ) <input type="checkbox"/> ない							

## 1. 今回の介護保険申請について教えてください。あてはまるものに印をつけてください。

- 新規  更新  区分変更

(現要介護度)

- 事業対象者  要支援1  要支援2  
 要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5

※現在、ご利用中の介護サービスすべてに印をつけてください。

- 1 訪問介護(ヘルパー)  2 訪問看護  3 訪問リハビリテーション  4 居宅療養管理指導  
 5 通所介護(デイサービス)  6 通所リハビリテーション(デイケア)  
 7 短期入所(ショートステイ)  8 福祉用具貸与  9 その他( )

※今後、新たに受けたい、追加で受けたいサービスを上の番号でご記入ください。

- 今後、受けたいサービス( )

## 2. 他の先生、病院にかかっていますか？ はい いいえ

「はい」の場合、あてはまる診療科すべてに印をつけてください。

- 内科  精神科  外科  整形外科  脳神経外科  皮膚科  泌尿器科  
 婦人科  眼科  耳鼻咽喉科  リハビリテーション科  歯科  その他( )科

※病名や既往歴がわかれば、ご記入ください。

( )

## 3. 身体的な日常生活の様子についてお聞きします。1つだけ選んで口に印をつけてください。

自立	<input type="checkbox"/> 日常生活上の支障はない。	
自立歩行	<input type="checkbox"/> 自分で(交通機関等を利用して)外出できる。 ※杖を使っても、一人で外出できればここに該当します。	J1
	<input type="checkbox"/> 隣近所なら一人で外出できる。	J2
介助歩行	<input type="checkbox"/> 介助により外出し、日中は起きて(ほとんどベッドから離れて)生活している。	A1
	<input type="checkbox"/> 外出の頻度が少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている。	A2
車いす	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで車いすに乗り移ることができ、食事、排せつ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
寝たきり	<input type="checkbox"/> 排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてる。	C1
	<input type="checkbox"/> 生活全般に介助を要する。自力で寝返りがうてない。	C2

医師判定：○印記入

## 4. 身体の状態について

4-1 関節に痛いところがありますか？(日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態)

- 肩  股  肘  膝  その他( )

4-2 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？

- 肩  股  肘  膝  その他( )

4-3 日ごろ、家の外（屋外）に出て歩いていますか

自分一人で歩行  誰かの介助または見守りで歩行  屋外を歩かない

4-4 車いすを使用していますか？

全く使用せず  主に自分だけで操作して使用  他人の操作や見守りで使用）-

4-5 歩行補助具（杖等）や装具を使用していますか？複数の○可（義足は除く）

日常では使用せず  屋外で使用 [時々含む]  室内で使用 [時々含む]

4-6 食事行為について

自分一人で食べることができる、または、なんとか自分で食べることができる。

他の者の全面的な介助が必要である。

4-7 現在の栄養状態について

（日ごろの食事行為、食事の量、食欲、顔色や全身の状態から総合的に判断してください。）

良い  良くない

5. 精神的な日常生活（もの忘れの状態など）についてお聞きします。

当てはまるものを選んで□に印をつけてください。（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 特に支障になるようなことはない。	
<input type="checkbox"/> 話がよくどくなり、もの忘れも見受けられるが、生活上の支障はない。	I
<input type="checkbox"/> 道に迷うとか、買い物などで、今までできていたことにミスが目立つようになってきた。	II a
<input type="checkbox"/> 電話や訪問者の対応などができず、一人で留守番ができないが、日常生活は何とかなできる。	II b
<input type="checkbox"/> 一人で着替え、食事、排便、排尿がうまくできず時間がかかる。用事もないのに動きまわる。	III a
<input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる。大声や奇声をあげる。	III b
<input type="checkbox"/> 上記の状態が週1回以上あり、また、夜間に多く見られる。	IV
<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。	M

医師判定：○印記入

6. 理解や記憶についてお聞きします。

・ 前回の食事のことを覚えていますか？

（ 何を食べたか覚えている  内容は覚えていないが、食べたことは覚えている  食べたことも忘れることがある）

・ 自分一人の判断や意思で行動できますか？（ できる  多少困難  見守る必要あり  できない）

・ 自分の要求や意思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）

7. 日常の生活で気になる行動についてお聞きします。（ ）内には毎日、週1回など頻度をお書きください。

- ・ 実際には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（ ）・  ない）
- ・ 金品などを盗まれたなど、実際にはないことを言うことがありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ 昼間は寝ていて、夜間騒ぐことがありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ 介護する人などに暴言をはいたり暴力をふるうことがありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ 介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ 目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ 便などを触ったり、まき散らすなど不潔な行動がありますか？（ ある（ ）・  ない）
- ・ 紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べることがありますか？（ ある（ ）・  ない）

8. 最も生活に支障をきたしている原因だと感じる病気やもの忘れ症状などをご記入ください。

（主治医にお伝えしたいことをご記入ください）