

【介護保険】

主治医意見書記載に際しての

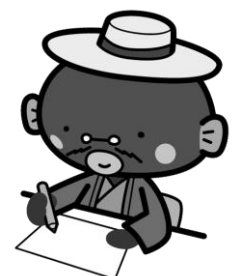
問 診 票

この問診票は、あなたの主治医が要介護・要支援認定に必要な意見書を作成する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。正確な意見書作成のため、各項目をわかる範囲で本人または介護している方がご記入ください。入院中や施設入所中の方、または市外の医療機関を受診している方は、この問診票が必要かどうか、医療機関または施設へご確認ください。

	記入日	令和	年	月	日
フリガナ	生年月日	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	連絡先 () 続柄 ()		

(1) 現在、他の病院で継続的に受診している、または治療を受けている医療機関はありますか。		
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ ある場合は、以下に病院名、病名、時期をご記入ください。		
病院名 _____	病名 _____	(年 月ごろから)
病院名 _____	病名 _____	(年 月ごろから)
病院名 _____	病名 _____	(年 月ごろから)
病院名 _____	病名 _____	(年 月ごろから)
		主治医 使用欄
(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。		3-(1)
<input type="checkbox"/> 身体の状態は問題ない。		自立
<input type="checkbox"/> 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 <u>できる</u> 。		J 1
<input type="checkbox"/> 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 <u>できる</u> 。		J 2
<input type="checkbox"/> 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。		A 1
<input type="checkbox"/> 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。		A 2
<input type="checkbox"/> 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 <u>できる</u> 。		B 1
<input type="checkbox"/> 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 <u>できない</u> 。		B 2
<input type="checkbox"/> 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 <u>できる</u> 。		C 1
<input type="checkbox"/> 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 <u>できない</u> 。		C 2
(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。		3-(1)
<input type="checkbox"/> 特にもの忘れなどの問題はない。		自立
<input type="checkbox"/> 多少ちぐはぐな点はあるが、大きな支障はない。		I
<input type="checkbox"/> 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。		Ⅱ a
<input type="checkbox"/> 薬を飲み忘れしたり、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 <u>できない</u> 。		Ⅱ b
<input type="checkbox"/> 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)		Ⅲ a
<input type="checkbox"/> 上のような状態が夜間にも見られる。		Ⅲ b
<input type="checkbox"/> 着替え・排泄・食事の手順がわからず、上手くできない。コミュニケーションがとれず、誰かが付きっきりで手助けしないと生活 <u>できない</u> 。		Ⅳ
<input type="checkbox"/> 意味不明のことを言ったり、大声を出したり暴れたりするので家族が世話をすることが難しい、またはできない状態である。		M

(4) ①記憶、②ものごとを決めること、③思いを伝えること、について記入してください。	3-(2)
①記憶について 日付けや直前に食べたもの・前の日の出来事を忘れてしまうことが多いですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	短期記憶
②ものごとを決めることについて 日ごろの生活で、自分のことは自分で決めることができますか。一番あてはまると思うものを1つ選んでください。	日常の意思決定
<input type="checkbox"/> 問題なく決めることができる。	自立
<input type="checkbox"/> 毎日繰り返していることは決めることができるが、新しい出来事はよくわからず、決めることが <u>できない</u> 。	いくらか困難
<input type="checkbox"/> 食事や入浴など毎日行っていることでも具体的に教える必要がある。	見守りが必要
<input type="checkbox"/> ほとんどのことを自分では決めることが <u>できない</u> 。	判断できない
③思いを伝えることについて 自分のしたいこと、してほしいことを伝えることができますか。一番あてはまると思うものを1つ選んでください。	意思の伝達
<input type="checkbox"/> 問題なく伝えることが <u>できる</u> 。	伝えられる
<input type="checkbox"/> 少し時間がかかるが伝えることが <u>できる</u> 。	いくらか困難
<input type="checkbox"/> 食事をしたい、トイレに行きたいなどの生活の基本的なことのみ伝えることが <u>できる</u> 。	具体的要求に限られる
<input type="checkbox"/> ほとんどのことを伝えることが <u>できない</u> 。	伝えられない
(5) 日ごろの生活での次のような行動がありますか。あてはまるもの <u>すべて</u> に✓を記入してください。	3-(3)
<input type="checkbox"/> あてはまるものなし。	
<input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えるとか、聞こえると言う。	幻視 幻聴
<input type="checkbox"/> 何かがなくなったと騒いだり、誰かが盗んだと疑ったりする。	妄想
<input type="checkbox"/> 昼間寝ていて、夜になると動きまわったり大きな声を出す。	昼夜逆転
<input type="checkbox"/> 他人に対して、これまでは言わなかったようなひどいことを言う。	暴言
<input type="checkbox"/> 家族や手助けしてくれる人をこづいたり、叩いたりする。	暴行
<input type="checkbox"/> 食事・着替え・排泄・入浴などの手助けを嫌がる。	介護への抵抗
<input type="checkbox"/> 目的もなく動き回ったり、一人で外出して帰れなくなったことがあり、目が離せない。	徘徊
<input type="checkbox"/> ガスコンロやたばこなどの火の消し忘れがある。	火の不始末
<input type="checkbox"/> 排便したあと、便をさわったり、汚れた下着や便を隠したりする。	不潔行為
<input type="checkbox"/> 食べ物でないものを食べたり、口に入れたりする。	異食行為
<input type="checkbox"/> 周りの人が迷惑するような、みだらなことを言ったりしたりする。	性的問題 行動
<input type="checkbox"/> その他の気になる行動があったらお書きください。 ()	



(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。	3-(4)
<input type="checkbox"/> あてはまるものなし。	
<input type="checkbox"/> 以前と比べて、活発さに欠け、気分的に落ち込んだ状態がある。	うつ状態
<input type="checkbox"/> 暴れたり、大声で騒いだり突然動き出したりすることがある。	せん妄状態
<input type="checkbox"/> 一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ことがある。	傾眠傾向
<input type="checkbox"/> 自分のいる場所が分からなかったり、時間の感覚が不正確だったりすることがある。	失見当識
<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。	構音障害
<input type="checkbox"/> 意識ははっきりしているのに、物の名前が言えないことがある。	失語
<input type="checkbox"/> 意識ははっきりしているのに、トイレの場所や人の顔が分からないことがある。	失認
<input type="checkbox"/> 意識ははっきりしていて、手足の麻痺もないのに、洋服が上手に着られなかったり、箸やスプーンを上手に使えないことがある。	失行
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)	
(7) 身体の状態についてうかがいます。	3-(5)
・ 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)	四肢欠損
・ 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)	麻痺
・ 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)	筋力の低下
・ 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)	関節の拘縮
・ 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)	関節の痛み
・ 手足のふるえがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(部位)	失調 不随意運動
・ 床ずれがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(部位)	褥瘡
・ 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)	その他の皮膚疾患
(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。	4-(1)
<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。	屋外歩行
<input type="checkbox"/> 家の外を歩くことは <u>できない</u> 。	
(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。	4-(1)
<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。	車いすの使用
<input type="checkbox"/> 普段は他の人が動かしている。	
(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。	4-(1)
<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。	歩行補助具等の使用
(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。	4-(2)
<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。	食事行為

※裏面に続きます。

(12) 現在の栄養状態はどうか。	4-(2)
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 良くない	栄養状態
(13) 最近、次のようなことはありますか。あてはまるもの <u>すべて</u> に✓を記入してください。	4-(3)
<input type="checkbox"/> あてはまるものなし。 <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"/> 食事のときにおせる。 <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"/> その他 ()	
(14) どのような医療サービスを受けたいですか。(複数✓可)	4-(5)
<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"/> 老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <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	
(15) 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。	

ご協力ありがとうございました。

- ・記入が終わりましたら、速やかにあなたの主治医にお渡しいただくか、介護保険要介護(要支援)認定申請書とともに高齢者支援課へご提出ください。
- ・長期間受診していない場合は、主治医が意見書を作成できないことがありますので、主治医へご確認ください。

主治医意見書を記入される医師へのお願い

- ・主治医意見書記入に当たっては、本問診票をご参考のうえ、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。

我孫子市高齢者支援課 介護認定調査係
電話04-7185-1154