

介護保険主治医意見書用問診票

記入日 平成 年 月 日

主治医意見書作成のために、主治医が患者さんの日常生活の状態等を把握するための問診票です。
ご本人(ご家族)が記入し、申請書とともに提出してください。

(患者氏名)	(介護保険被保険者番号)				
(性別) 男・女	(生年月日) 明・大・昭	年	月	日	(歳)
(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(事業所がわかれば記入してください)					

1 介護保険申請について

(1) 要介護認定を受けていますか？ 該当の口にし印をつけてください。

いない 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

(2) 要介護認定の申請をした主な理由は何ですか？

手足が不自由 ひどい物忘れ 閉じこもり その他()

(3) 今までにかかった主な病気(手術など)があれば記入してください。

[]

2 現在、申請書に記入した医師(医院)以外にもかかっていますか？ いる いない

かかっている場合、何科にかかっていますか？

内科 精神科 外科 整形外科 脳外科 皮膚科 泌尿器科
 眼科 耳鼻科 歯科 その他()

3 心身の状態について

(1) 日常生活の様子について、1つだけ選んで口にし印をつけてください。

【正常】 からだの不自由はなく、日常生活上の支障はない(自立)

【自立歩行(杖使用)】 交通機関等を利用して外出できる(J1)

隣近所なら外出できる(J2)

【介助歩行】 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している(A1)

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)

【車椅子生活】 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)

介助がなければ車いすに乗り移ることができない(B2)

【寝たきり生活】 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)

生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない(C2)

(2) もの忘れの状態について、1つだけ選んで口にし印をつけてください。

特にない

何らかの症状(話がぐどい、忘れやすいなど)はあるが、生活上の支障はない(I)

道に迷うとか、買い物が出来ないなど、今まで出来ていたことにミスが目立つようになってきた(IIa)

電話や訪問者との対応など、一人で留守番が出来ないが、日常生活はなんとか出来る(IIb)

一人で着替え・食事・排泄がうまく出来ず、時間がかかる。用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられない物を口に入れたりすることなどがあり、注意しても理解出来ないことがある(IIIa)

前記の状態が、週1回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある(IIIb)

著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、意思疎通も困難であるため、常に目を離せない(IV)

被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手に負えない。あるいは全く意思疎通が図れない(M)

裏面もご記入ください

(3) 理解や記憶についてお聞きします

- ・直前のことを忘れたり、同じことを何度も聞き返すことがありますか？ (なし・あり)
- ・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)

4 日常生活で問題となる行動についてお聞きします

- ・実際には無いものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・お金を盗られたとか、大切なものがなくなったなど実際には無かったことをあったかのように言うことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・昼間寝ていて、夜間動き回ったり、大声を出すことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・目的なく動き回ったり、外出したりすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・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・ない)
- ・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・ない)
- ・本来食べられない物を食べたりすることがありますか？ (ある・時々・ない)

5 からだの状態についてお聞きします

- ・話すことはスムーズにできますか？ (できる・できない)
- ・健康な時の利き腕はどちらですか？ (右・左)
- ・身長(cm) 体重(kg) 寝たきりのため不明
最近半年間の体重の変化は？ (増加・維持・減少・不明)
- ・手、足、指などに欠損がありますか？ ある(部位) ない
- ・力が入らず不自由なところがありますか？ ある(部位) ない
- ・関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ ある(部位) ない
- ・関節の痛みがありますか？ ある(部位) ない
- ・自分の意思に反した動き(ふるえなど)がありますか？ ある(部位) ない
- ・床ずれはありますか？ ある(部位) ない
- ・皮膚病はありますか？ ある(部位) ない

6 移動の方法についてお聞きします

- ・屋外での歩行は？ できる 介助があればできる していない
- ・車いすを使っていますか？ 使わない 主に自分で操作している 主に人に操作してもらう
- ・歩くために杖など補助具を使っていますか？ 使わない 屋外で使う 屋内で使う

7 食生活・栄養についてお聞きします

- ・食事は自分で食べられますか？ 食べられる 一部介助 食べられない
- ・一日の食事回数は何回ですか？ ()回
- ・一日の食事で、魚・肉・野菜等のバランスはとれていますか？ とれている とれていない
- ・顔色はいかがですか？ 良いもしくは普通 良くない

8 その他、日常生活で困っていること、利用したいサービス等がありましたらご記入ください。