

介護保険「主治医意見書作成用」問診票

記入日: 年 月 日

ふりがな		世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()
本人氏名	男・女 (ID:)	世帯状況	日中の状況 <input type="checkbox"/> ひとりになる時間ほぼなし <input type="checkbox"/> _____:_____~_____:_____ 週に_____ 日程 独居
生年月日	年 月 日 (歳)	サポートしている別居の家族	(例) 長女、車で20分程度の場所に在住し、2週間に1回程度訪問
当院以外に通院している医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()		

それぞれ該当する項目に☑(チェック)を付けてください。

今回の介護保険の申請は、 新規 更新 (今回更新で、前回の状況と変化はありません)
 区分変更 (介護負担が増えた 介護困難となった)

希望するサービス(利用することで問題を解決できるもの)は、
 訪問診療 訪問看護 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
 短期入所療養介護 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・介護
 訪問介護 住宅改修 福祉用具
 その他のサービス (特別養護老人ホーム 老健 療養型病院)
 その他:()

①、②の日常生活の自立度等について、それぞれ該当する項目に1つだけ☑(チェック)を付けてください。

① 現在のお体に近いものはどれですか？(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 身体の不自由なところはない	(O)
	<input type="checkbox"/> 交通機関(バス・電車)を利用して、かなり遠くまで外出できる	(J1)
	<input type="checkbox"/> 隣近所なら一人で買い物や老人会の参加など外出する	(J2)
	<input type="checkbox"/> 日中はベットから離れて生活しており、誰かの介助があれば外出できる	(A1)
	<input type="checkbox"/> あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている	(A2)
	<input type="checkbox"/> 車椅子に乗り降りは一人で行える。食事やトイレも介護者の援助を要する	(B1)
	<input type="checkbox"/> 車椅子に乗り降りするも一人では難しい。食事やトイレも介護者の援助を要する	(B2)
	<input type="checkbox"/> 一日中ベッド過ごし、食事・トイレ・着替えなどにおいて介助を要し、自力で寝返りはできる	(C1)
<input type="checkbox"/> 一日中ベッド過ごし、食事・トイレ・着替えなどにおいて介助を要し、自力で寝返りはできない	(C2)	
② 現在の物忘れ(認知症状)に近いものはどれですか？	<input type="checkbox"/> 認知症はない	(O)
	<input type="checkbox"/> 物忘れなど軽い認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している	(I)
	<input type="checkbox"/> それまでできていたことに、ミスが目立つようになったなどの症状があるが、誰かが注意すれば自立できる	(II a)
	<input type="checkbox"/> 薬を飲み忘れたり、電話や来客との対応ができないなど、一人で留守番ができない	(II b)
	<input type="checkbox"/> 着替え・食事・排便・排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする(→日中を中心として症状が出ている)	(III a)
	<input type="checkbox"/> 着替え・食事・排便・排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする(→夜間を中心として症状が出ている)	(III b)
	<input type="checkbox"/> 上記多様な症状より、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする	(IV)
<input type="checkbox"/> 妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、問題行動があり、専門医の治療を必要とする	(M)	

次の症状はありませんか？ ※各項目の、あてはまる選択肢に☑(チェック)を付けてください。

5分・10分前のことも忘れてしまう(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし
日付・時刻、居場所、身近な人の識別ができない。できることとできないことが自分で理解できない(認知判断能力)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
自分の意思が相手に十分に伝えられない(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
精神・神経症状はありますか？	※ありの方は、下記に☑(チェック)を付けてください。
<input type="checkbox"/> 言葉を話したり理解することに問題がある(失語)	<input type="checkbox"/> 順序がある工程や行動が出来ない(失行)
<input type="checkbox"/> ろれつが回らない(構音障害)	<input type="checkbox"/> 人の顔がわからない(失認)
<input type="checkbox"/> 変なことを口走ったり行動することがある(せん妄)	<input type="checkbox"/> けいれん発作がある(てんかん)
<input type="checkbox"/> ゆううつで悲観的な言葉が多い(うつ状態)	<input type="checkbox"/> すぐに寝てしまう(傾眠)

専門医の受診 なし あり わからない 診療科目: 精神科 その他()



	なし (過去1カ月間に1度もない)	ときどきあり (1回/月以上、 または1回未満/週)	ある (少なくとも1回/週以上)
見えないものが見える、聞こえないものが聞こえる(幻視・幻聴)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を盗られた等の被害妄想等がある(妄想)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間眠れずに日中の活動に影響がある(昼夜逆転)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声を出す、暴力的な発言・暴力を振るう(暴言・暴行)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護者の助言や介護に抵抗する(介護への抵抗)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない(徘徊)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や管理が出来ない(火の不始末)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便をいじる等の不潔行為がある(不潔行為)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられない物を食べてしまったり、口に入れてしまう(異食行動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲が迷惑するような性的行動がある(性的問題行動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

精神・神経症状はありますか？

※ありの方は、下記に☑(チェック)をつけてください。

言葉を話したり理解することに問題がある(失語)

順序がある工程や行動が出来ない(失行)

ろれつが回らない(構音障害)

人の顔がわからない(失認)

変なことを口走ったり行動することがある(せん妄)

けいれん発作がある(てんかん)

ゆうつで悲観的な言葉が多い(うつ状態)

すぐに寝てしまう(傾眠)

専門医
の受診

なし あり わからない

診療科目: 精神科 神経内科 脳神経外科
 その他()

日常生活動作について、自分でできるか質問します

調理 できる (IH・ガスコンロ) 介助があればできる できない

食事 できる 準備がしてあればできる 声掛けがあればできる できない

更衣 できる 準備が必要 声掛けが必要 できない

入浴 できる 見守り・促しが必要 一部介助が必要 できない 入浴は週に 〃 回程度

排泄 できる 見守りが必要 介助が必要 できない

買い物 行ける 付き添いが必要 行けない 同じ物を複数購入してしまう

電子機器操作 できる 以前より出来なくなった できない

洗濯 できる 介助があればできる 干す・取り込むことはできる できない

ゴミ捨て できる 分別はできない できない

清掃 できる 以前より出来なくなった できない

来客・電話対応 できる できない 詐欺被害にあった

内服管理 できる 介助があればできる できない

金銭管理 できる 介助があればできる できない

日中家での様子 体を動かしている 趣味等行っている テレビを見ている 寝ている

介助を必要とするまたはできない場合、代行して行っている主な方はどなたですか？

その他介護をしていて困っている事、主治医に伝えておきたい事等ございましたらご記入ください

身体状況について			
身長	cm	体重	kg (過去6か月で 変わりなし・減った・増えた)
利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
手・足・指等に欠損がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所: 左右も	軽度・中度・重度
手足やその他で麻痺しているところがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所: 左右も	軽度・中度・重度
手足の関節部で硬くなって動きにくいところがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所: 左右も	軽度・中度・重度
手足の関節部で痛いところがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所: 左右も	軽度・中度・重度
手足のふるえなど、自分の意思ではない体の動きがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所: 左右も	軽度・中度・重度
手足やその他で筋力の低下がありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所: 左右も	軽度・中度・重度
よく転んだりしますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
移動する力は低下していますか	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下		
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない	
	車椅子の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 主に自分で操作する <input type="checkbox"/> 主に他人が操作する	
	杖やシルバーカーの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用(複数で選択可)	
便や尿を漏らすことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある (オムツ・パットの使用: あり・なし)		
床ずれ(じょくそう)や皮膚疾患はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(箇所:)		軽度・中度・重度
息が苦しくなることはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある		
外出せず一人で過ごすことが多いですか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
意欲の低下がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
あてもなく歩き回るようなことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度:)		
食欲不振がなく食事は十分とれていますか	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない		
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立またはなんとか自分で食べれる <input type="checkbox"/> 全面介助	
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 胃瘻	
	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
水分補給は十分にできていますか	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない		
	とろみ	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	

ありがとうございました。

今回の問診を参考に、書類を作成し役所へ郵送いたします。