

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できる。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()



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。