介護保険利用者ならびにご家族の皆様へ

～「主治医意見書のための問診票」記入へのお願い～

この調査票は介護認定に必要な「主治医意見書」を作成するために、ご本人（被保険者）の日常生活の様子をお尋ねするものです。お手数をおかけし、また大変失礼な質問もありますが、ご理解のうえご協力をいただきますようお願いいたします。なお、記入にあたってご不明なところは、空白のままで結構です。

ご記入後は「介護認定申請書」の「主治医」に記入された医師に速やかに提出してください。ただし、主治医が周南記念病院か下松中央病院の場合は、申請書と一緒に下松市役所に提出してください。

下松市役所　高齢福祉課　介護保険係

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

主治医意見書のための問診票

記入日　令和　　年　　月　　日

対象者名：	
記入者　：　　１.本人　　２.家族　　３.ケアマネなど	

・ 現在他の病院、医院、歯科に受診されていますか？
あれば何科ですか？
１ はい（診療科名　　）２ いいえ

・ 現在治療中の病名、及び過去の大きな病気があれば教えてください。
（いくつでも　　）

・ 現在の病気のなかで生活を不自由にしている病気は何ですか？
（いくつでも　　）

・ 現在の病状は調子が良いですか、不安定ですか？

1 安定　　2 不安定

・ 病状が不安定な場合どこが調子悪いですか？

（いくつでも　　）

・ 現在飲んでいる薬があれば分かる範囲で教えてください。

（いくつでも　　）

・ 現在点滴や、透析、酸素療法など薬以外の治療を受けていますか？
あればわかる範囲で教えてください。

1 はい（　　）　2 いいえ

・ バスなどに一人で乗れますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 散歩などはしますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 日中は座ったり、横になったりして過ごしていますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 車椅子は必要ですか？

1 はい　　2 いいえ

・ 車椅子を使用している場合、一人で移乗して、操作できますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 寝たきりですか？

1 はい　　2 いいえ

・ 寝たきりの場合、寝返りは自分でできますか？

1 はい　　2 いいえ

・ もの忘れはありますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 日常の用事でだいたい正しい判断ができますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 自分の意思をはっきり伝えられますか？

1 はい　　2 いいえ

・ 物忘れに伴い介護者が困ることはありますか？
あればどんなことですか？　1 ある　　2 ない

（　　）

・ 何か精神的なまたは、神経の症状がありますか？
あればどんな症状ですか？　1 ある　　2 ない

（　　）

・ 実際にはいない人や虫、動物などが見えると言う。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 実際にはいない人の声や物音が聞こえると言う。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 金品などを盗まれたなど実際にはない事を言う。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 昼間寝て、夜間騒ぐ。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 暴言を吐く。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 暴力をふるう。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 介護する際に抵抗して世話ができない。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 目的もなく出歩き、迷子になる。

　　１ はい　　２ いいえ

・ ガスの消し忘れなど、火の不始末がある。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 便をこねたり、尿を撒き散らしたりする。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べる。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 性的問題行動がある。

　　１ はい　　２ いいえ

・ 右利きですか？　左利きですか？

　　１ 右利き　　２ 左利き

・ 身長と体重は？　体重の変化はありますか？

　　身長（　　cm ）　体重（　　kg ）

　体重は　１ 増えた　　２ 変わらない　　３ 減った

・ 手足に麻痺はありますか？　あれば軽いですか？　重いですか？

　　１ ある（ 軽い、 重い ）　２ ない

・ 筋力の低下がありますか？　あればどこですか？

　　１ ある（　　）２ ない

・ 関節の動きが悪いところがありますか？　あればどこですか？

　　１ ある（　　）２ ない

・ 関節の痛みがありますか？　あればどこですか？

　　１ ある（　　）２ ない

・ 勝手にからだが動いたり、思うように動かないことがありますか？　あればどこですか？

　　１ ある（　　）２ ない

・ 床ずれはありますか？

　　１ ある　　２ ない

・ 体でかゆいところはありますか？あればどこですか？

　　１ ある（　　）２ ない

・ 屋外の歩行はしていますか？

　　１ はい　　２ 誰かと一緒であればしている　　３ いいえ

・ 車いすは使用していますか？

　　１ していない　２ 自分で使用　　３ 誰かがいれば使用

・ 食事は自分で食べられますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ 食事時間はどのくらいかかりますか？

　　１ 一時間以内　　２ 一時間近く

・ 最近食事はよく食べられますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ 今後病気のことで心配なことは何ですか？（いくつでも）

（　　）

・ 介護サービスに期待していますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ どんな介護サービスを利用したいですか？（複数可）

（　　）

・ 血圧の薬を飲んでいますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ 食欲はありますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ 食事でむせることがありますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ 自分でどのくらい歩けますか？

　　１ しっかり　　２ 支えなどあれば　　３ 歩けない

・ 自分で運動ができますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ 感染症（肝炎、疥癬、結核、MRSAなど）と診断されたことがありますか？

　　１ はい　　２ いいえ

・ その他に困っていることがありましたら記入してください。

※ この問診票は平成21年度に山口県医師会が作成されたものです。