

介護保険主治医意見書用問診票

記入日：令和 年 月 日

対象者名		現在の介護度	なし(新規) 要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	有効期限	なし(新規) 令和 年 月 日まで
記入者名		続柄		記入者 電話番号		

◆この問診票の内容は、主治医に提出いたします。あてはまる箇所にレ点でお答えください。◆

【1】体の動きはいかがですか？

- 体に不自由なところはなく活動に支障ない。
- 多少体の不自由なところはあるが、交通機関等を使って一人で外出できる。
- 多少体の不自由なところはあるが、隣近所は一人で外出できる。
- 介助なしでの外出は難しいが、家の中ではだいたい自分のことは自分でできる。
- 介助を受けてもまれにしか外出しない。寝たり起きたりの生活だが、家の中ではだいたい自分のことは自分でできる。
- 車いすが必要な生活だが、一人で乗り移ることができ、食事やトイレはベッドから離れて行う。
- 一人では車いすに乗り移ることが難しく、食事やトイレに関しても介助が必要。在位を保つことはできる。
- 一日中ベッド上の生活で、トイレ、食事、着替えに介助が必要だが、一人で寝返りはうてる。
- 一日中ベッド上の生活で、トイレ、食事、着替えに介助が必要で、一人で寝返りもうてない。

【2】介護者の方にお尋ねします。認知症について気になる症状はありませんか？

- 認知症はない。
- 物忘れなどはあるが、一人で生活できる。
- 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり買い物先でおつりを間違えたりする。
- 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができず、一人での留守番が難しい。
- 着替え・食事・トイレ等の方法が分からなくなり介助を必要とすることがある。また、日中を中心に問題行動がある。
- 着替え・食事・トイレ等の方法が分からなくなり介助を必要とすることがある。また、夜間を中心に問題行動がある。
- 会話が噛み合わないことが多く、昼も夜も問題行動がみられるため、周囲は目が離せない。また自分のことが自分でできず、介助が必要。
- 暴力をふるったり、理由もなく周囲を責めたり対応困難な問題行動がある。家族の支援だけでは過ごせないため専門医療での対応が必要。

◎ 契約されている居宅介護支援事業所名

【3】理解や記憶についてお尋ねします。

- ①直前のことを思い出すことができますか？
 - はい いいえ
- ②物事を自分で決める（判断する）ことができますか？
 - できる だいたいできる
 - あまりできない 全くできない
- ③自分のして欲しいこと、欲しくないことをきちんと伝えられますか？
 - 伝えられる だいたい伝えられる
 - あまり伝えられない 全く伝えられない

【4】介護者の方にお尋ねします。問題行動について以下のような症状はありませんか？

- 実際にはいない人や虫、動物などが見えると言う。
- 実際にはいない人の声や物音が聞こえると言う。
- 金品などを盗まれたなど実際にはないことを言う。
- 昼寝て、夜間騒ぐ。
- 暴言をはく。
- 暴力をふるう。
- 介護する際に抵抗して世話ができない。
- 目的もなく出歩き、迷子になる。
- ガスの消し忘れなど、火の不始末がある。
- 便をこねたり、尿を撒き散らしたりする。
- 紙や消しゴムなど通常食べられないものを食べる。
- 性的問題行動がある。

【5】生活機能についてお尋ねします。

- ①屋外歩行はできますか？
 - 1人でできる 助けがあればできる
 - していない
- ②車いすは使用していますか？
 - 使用していない 自分で操作している
 - 他人が操作している
- ③歩行補助具・装具は使用していますか？
 - 使用していない 屋外で使用している
 - 屋内で使用している
- ④食事は一人で食べられますか？
 - 何とか自分で食べられる
 - 自分では全く食べられない

◎ 介護保険の申請をされた理由をご記入ください。

介護保険主治医意見書のための調査票

記入日：令和 年 月 日

対象者名	記入者名（続柄）
------	----------

この調査票は介護保険主治医意見書記載するにあたって、ご本人の状態を把握するために必要です。お手数と思いますが、以下の質問にお答えください。_____線上に必要な語句をご記入ください。□は適当なものを選んで○で囲んでください。

【1】いま、当院以外で治療を受けている病院・診療所がありますか。

□ ない・ある

病院・診療所名 _____ 診療科 _____ 科・病名 _____

病院・診療所名 _____ 診療科 _____ 科・病名 _____

【2】いままでに罹った大きな病気を教えてください。

□ ない・ある

(脳梗塞・心臓病・糖尿病・喘息・関節リウマチ・手術・骨折等)

_____年 _____月頃・病名 _____

_____年 _____月頃・病名 _____

【3】身体状況について、お尋ねします。

・身長 _____ cm 体重 _____ kg

・過去6ヶ月、体重の変化がありましたか？ □ 増加・維持・減少

・利き腕はどちらですか？ □ 右・左

・手・足・指に欠損はありますか？ □ ない・ある あるの場合は部位 _____

・麻痺や筋肉の力が入らず不自由なところがありますか？ □ ない・ある あるの場合は部位 _____

・関節が動きにくく不自由なところがありますか？ □ ない・ある あるの場合は部位 _____

・自分の意志でない体の動きがありますか？ □ ない・ある

・褥瘡（床ずれ）がありますか？ □ ない・ある ある場合は部位 _____

・現在、皮膚病がありますか？ □ ない・ある ある場合は部位 _____

・尿や便が漏れてしまうことがありますか？ □ ない・ある

・オムツを使用していますか？ □ していない・ときどき・している

・歩行が不自由で転倒しやすいですか？ □ いいえ・はい

・屋内に手すりが完備してありますか？ □ 完備してある・完備していない

・屋内に段差がありますか？ □ ない・ある

・食べ物や飲み物をスムーズに飲み込めますか？ □ はい・いいえ

・どこか痛いところがありますか？ □ ない・ある ある場合は部位 _____

【4】日常生活でいま一番困っていることは何ですか？

ご協力ありがとうございました。