

介護保険 主治医意見書問診票

記入日: 令和 年 月 日

- この問診票は、介護認定を希望される方のお体の状態を、正確に「主治医意見書」に記入するために参考とするものです。
- 質問用紙は3枚です。お手数ですが以下の質問の当てはまる所に☑を入れてお答えいただき(お答えになれる範囲で結構です)、記入後は診察時に医師にご提出ください。
- 記入して頂いた個人情報については、主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

申請者(患者)氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
記入者氏名		本人との続柄		電話番号			
同居家族の有無	<input type="checkbox"/> 同居なし ・ <input type="checkbox"/> 同居あり → <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()						
ケアマネージャーを頼んでいますか？ (事業所がわかれば記入してください)	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり [事業所名]						

今回の介護保険の申請について教えてください。

新規 更新 区分変更 (更新、区分変更の場合は、現在の介護度に☑を記入してください)

要支援 (1 2) ↓ 要介護 (1 2 3 4 5)

介護保険を申請した主な理由は何ですか？在宅で介護するうえで困っていることについて教えてください。

状態の悪化 介護者の負担が大きい 物忘れの進行 その他()

現在、他に治療を受けている病院・診療所がありますか？

ある 病院・診療所名() () ない

ある場合、診療科がわかれば記入してください

内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科
眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他()

1. 傷病について

1-(1) 主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？	傷病名	いつ頃からですか？(おおよそでも構いません)
	1	年 月 日 頃 ・ 不明
上記以外に、今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか？(骨折、心臓発作、喘息、肺炎など)	2	年 月 日 頃 ・ 不明
	3	年 月 日 頃 ・ 不明

1-(2)ご本人の状態は6ヶ月前と比べてどうですか？ どんな点が、悪い又は不安定でしょうか？

安定している 良くなっている 悪くなっている 不安定 わからない

悪い点、不安定な点とは()

2. 特別な医療 (過去14日以内に下記の医療行為をうけている場合は、受けた医療すべてに☑を記入して下さい)

点滴 中心静脈栄養 透析 人工肛門の処置 酸素療法
 人工呼吸器 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養
 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) 褥瘡の処置 尿カテーテル管理

3-(1) i 身体的な日常生活の様子についてお聞きします。1つだけ選んで☑印を記入して下さい。

右 □の 項 目 を か つ け て 下 さ い 選 ん で	正 常	<input type="checkbox"/>	日常生活上の支障はない。	(自立)	
	自立歩行	<input type="checkbox"/>	自分で(交通機関等を利用して)外出できる。	※杖を使っても、一人で外出ができればここに該当します。	(J1)
		<input type="checkbox"/>	隣近所なら一人で外出できる。		(J2)
	介助歩行	<input type="checkbox"/>	だれかと一緒にあれば外出し日中は起きて(ほとんどベットから離れて)生活している。	(A1)	
		<input type="checkbox"/>	日中は寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出はできない。	(A2)	
	車椅子生活	<input type="checkbox"/>	自分ひとりで車椅子に乗り移ることができ、食事、排泄はベットから離れて行う。	(B1)	
		<input type="checkbox"/>	だれかの手助けがなければ車椅子に乗り移ることができない。	(B2)	
	寝たきり生活	<input type="checkbox"/>	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)	
<input type="checkbox"/>		生活全般に介助を要する。自力で寝返りがうてない。	(C2)		

3-(1)-ii 精神的(もの忘れの状態など)な日常生活についてお聞きします。1つだけ選んで☑印を記入してください。

□右の印を付けて下さい。	<input type="checkbox"/>	会話はスムーズにでき、困るような行動もなく、物忘れはみられない。	(自立)
	<input type="checkbox"/>	少しもの忘れがあるが、日常生活はほぼ自立して生活している。	(I)
	<input type="checkbox"/>	道に迷うとか、買い物などで、今までできていたことにミスが目立つようになってきた。	(IIa)
	<input type="checkbox"/>	薬の飲み間違いがあり、電話や訪問者の対応などができず、一人で留守番ができない。	(IIb)
	<input type="checkbox"/>	日中を中心として、時々日常生活に支障をきたすような症状、行動がみられる。	(IIIa)
	(例)	1人で着替え、食事、排便、排尿がうまくできず時間がかかる。用事もないのに出歩く。 食べられない物を口に入れたり、大声や奇声、不潔行為、火の不始末、性的異常行為等がある。	
	<input type="checkbox"/>	夜間を中心として、上記(例)のような日常生活に支障をきたす症状、行動がみられる。	(IIIb)
	<input type="checkbox"/>	専門的治療を必要とする著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。	(IV)

3-(2) 理解や記憶についてお聞きします。(※以下、該当する項目を選んで□に印を付けて下さい。)

1	つい先ほどの事をすぐ忘れてしまうことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	自分一人の判断や意志で行動できますか？	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少困難
		<input type="checkbox"/> 見守る必要あり	<input type="checkbox"/> できない
3	自分の要求や意志を相手に伝えられますか？	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 多少困難
		<input type="checkbox"/> 具体的要求のみ	<input type="checkbox"/> できない

3-(3) 日常の生活で困っている行動についてお尋ねします。

1	実際になく見えていたり、聞こえたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
2	実際になかったことをあったかのように言うことがありますか？ (例えば、お金を取られたとか、大切な物がなくなったなど)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
3	昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出すことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
4	今までになかったような暴言(ぼうげん)を吐くことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
5	家族や介護者に暴力を振るうことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	外出して帰れなくなった(徘徊)ことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
8	ガスコンロの消し忘れなどの火の不始末(ふしまつ)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
9	尿や便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
10	本来食べられないものを食べたり、口に入れようとすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
11	周りが迷惑するような性的な行動がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
1から11までの質問の他に困っている行動がありますか？		<input type="checkbox"/> ある()	
ある場合、それはどのようなことですか？		<input type="checkbox"/> ない	

3-(4)

精神科や神経科、心療内科にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
かかっている場合、病名がわかれば記入してください。	()	()

3-(5) 身体の様子についてお聞きします。

利き腕はどちらですか？ (健康なとき)	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き	
身長と体重は？(測れないときはおおよそで結構です)	身長(cm)	体重(kg)	
最近6ヶ月間で体重の変化がありますか？	<input type="checkbox"/> 増加	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 減少
手、足、指などに欠損がありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
手足やその他で麻痺により、不自由なところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
手足やその他で筋力が低下し、不自由なところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
手足の関節が固くなり、動かしにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
手足の関節で痛いところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
手足の震えや顔面けいれん等、自分の意志ではない体の動きがありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
現在、床ずれ(じよくそう)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	
床ずれ以外に皮膚の病気がありますか？(体のかゆみなど)	<input type="checkbox"/> ある [部位]	<input type="checkbox"/> ない	

4-(1)移動について

屋外で歩行できますか？	<input type="checkbox"/> 歩行できる	<input type="checkbox"/> 介助あればできる	<input type="checkbox"/> 歩行できない
車椅子を使っていますか？	<input type="checkbox"/> 使っていない	<input type="checkbox"/> 自分で操作している	<input type="checkbox"/> 介助者が操作する
杖や歩行器、押し車、下肢装具を使っていますか？	<input type="checkbox"/> 使っていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使っている	<input type="checkbox"/> 屋内で使っている

4-(2)栄養・食生活について

食事は自分一人でできますか？	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何とかできる	<input type="checkbox"/> できない
現在の栄養状態は良好ですか？	<input type="checkbox"/> 良好である	<input type="checkbox"/> 不良	
入れ歯を使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない	
自分で歯みがきができますか？	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	

4-(3)現在の身体状況について

便意や尿意がわからずもらすことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ない
よく転びますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> ない
場所を移動する力は低下していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> やや低下	<input type="checkbox"/> いいえ
床ずれ(じょくそう)はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
呼吸がしにくく息苦しいことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない
外出がいやで一人で過ごすことが多いですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
何をする気もおこらないことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
あてもなく歩き回ることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
食事量が少なく、栄養不良になっていませんか？	<input type="checkbox"/> なっている	<input type="checkbox"/> なっていない	
食べ物、飲み物をスムーズに飲みこめますか？	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何とかできる	<input type="checkbox"/> できない
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"/> 何とかできている	<input type="checkbox"/> できていない
風邪などの感染症にかかりやすいですか？	<input type="checkbox"/> よくかかる	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
その他何か気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない		

5、利用したいサービスのすべてにチェックをつけて下さい。

- | | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> ヘルパー派遣 | <input type="checkbox"/> 介護職員の訪問による相談と支援 | <input type="checkbox"/> 入浴サービス |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ(施設での短期間の入所介護) | <input type="checkbox"/> デイサービス(施設での日帰り介護) | <input type="checkbox"/> 施設入所 | |
| <input type="checkbox"/> デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) | <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与や購入 | <input type="checkbox"/> 住宅改修 | <input type="checkbox"/> 配食サービス |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 |
| <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

6、困っていることや希望すること、主治医に伝えたいことがあれば、ご遠慮なく記入してください。
