

介護保険 主治医意見書問診票

志太医師会

これは、医師が「主治医意見書」作成に際し、患者さんの状態をより正確に把握するための補助資料となるものです。
ご本人またはご家族の方が以下の質問にお答え下さい。なお、記載はわかる範囲でかまいません。

申請者(患者)氏名())
問診票記載者氏名() 本人との関係() 記載日(令和 年 月 日)
意見書依頼先医療機関名() 主治医氏名()

1. 現在、診療や治療を受けている病気はありますか？ (ある ない)

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 ()

2. 要介護認定を受けていますか？

いない 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

3. 6か月前と比べて状態はどうですか？

良くなった 変わらない 悪くなった (どのように:)

4. 介護保険で利用しているサービス(初めての方は希望するサービス)すべてにチェックしてください。

ヘルパー(自宅でのケア) 訪問入浴 訪問看護 デイサービス(施設に通ってケアやリハを受ける)
 ショートステイ 福祉用具のレンタルや購入 住宅改修 施設入所 その他 ()
上記のサービスについて: 継続希望する 増やしたい 変更したい ()

5. 日常生活の様子についてお聞きます。ひとつ選んで口に印をつけてください。

【正常】

日常生活に支障はない。(正常)

【自立歩行(杖使用)】

バスやタクシーを使って一人で外出できる。(J1)

隣近所なら歩いて外出できる。(J2)

【介助歩行】

介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。(A1)

外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。(A2)

【車椅子生活】

自分ひとりで車椅子に乗り移ることが出来、食事、排泄はベッドから離れて行う。(B1)

介助がなければ車椅子に乗り移ることが出来ない。(B2)

【寝たきり生活】

1日中ベッド上で過ごし、食事、排泄、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてる。(C1)

1日中ベッド上で過ごし、生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない。(C2)

6. 認知症の状態についてお聞きます。ひとつ選んで口に印をつけて下さい。

特にない。(正常)

話がくどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。(I)

道に迷うとか、買い物など今まで出来ていたことにミスが目立つようになってきた。(IIa)

薬の管理が出来ない(飲み忘れ)。電話や来客の対応が出来ない。一人で留守番が出来ない。(IIb)

一人で着替え、食事、排泄がうまく出来ず時間がかかる。火の不始末や、理由もなく出歩いてしまったり、大声や奇声を上げたりして、注意しても理解できないことがある。(IIIa)

前記の状態が、週1回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある。(IIIb)

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)

7. 理解や記憶についてお聞きします。

- ・10分くらい前のことを覚えていますか？（覚えている・覚えていない）
- ・自分一人の判断や意志で行動できますか？（できる・だいたいできる・あまりできない・できない）
- ・自分の意志や要求を相手に伝えられますか？（できる・多少困難・具体的要求のみ・できない）

8. 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。

- ・実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・実際に無かったことをあったかのように言うことがありますか？（ある・時々ある・無い）
（例えば、お金や大切なものを盗られた、無くなったと言うことがありますか？）
- ・昼間寝ていて、夜に動き回ったり、大声を出すことはありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・家族や介護者に暴言をはくことがありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・家族や介護者に暴力を振るうことがありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・目的無く動き回ったり外出したり（徘徊）することがありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・便などを触ったり、撒き散らしたりすることがありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・本来食べられないものを食べたりする事がありますか？（ある・時々ある・無い）
- ・周囲が迷惑するような性的問題行動はありますか？（ある・時々ある・無い）

9. 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？（右・左）
- ・身長（ cm）体重（ kg） ※身長、体重はおおよその数値で結構です。
- ・最近半年間の体重変化（増加・維持・減少）
- ・手、足、指などに欠損がありますか？（ある・無い） 部位（ ）
- ・手足で、麻痺や力が入らずに不自由なところがありますか？（ある・無い） 部位（ ）
- ・関節の動きが悪く不自由なところがありますか？（ある・無い） 部位（ ）
- ・自分の意志に反したからだの動きや振るえなどがありますか？（ある・無い） 部位（ ）
- ・床ずれ（褥瘡）がありますか？（ある・無い） 部位（ ）

10. 日常生活での移動の様子についてお聞きします。

- ・自分だけで屋外を歩いていますか？（歩いている・介助があればする・歩いていない）
- ・車椅子を使っていますか？（使っていない・主に自分で操作している・主に他人が操作している）
- ・杖や歩行補助具を使っていますか？（使っていない・屋外で使用・屋内で使用）

11. 栄養・食生活についてお聞きします。

- ・食事は自分一人で食べられますか？（できる・なんとかできる・できない）
- ・現在の栄養状態はどうか？（良い・悪い） ※食欲・顔色・全身状態から判断して下さい。

12. 現在ある状況すべてにチェックをつけて下さい。

- 尿をもらす 生活意欲が無い 家に閉じこもる 飲み込みが悪くむせやすい 痛みがある

13. 希望することや困っていることがあれば記入してください。特に認知症での問題行動がある場合や、病状や症状に変化があり対応に困っている場合は具体的にご記入ください。