

## 介護保険主治医意見書問診票

記入日 平成 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日 ( 歳)
記入者	続柄	電話番号				
ケアプランを依頼しているところ (事業者名がわかれば記入して下さい。)						

要介護認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するための問診票です。日頃の状態を、わかる範囲でお答え下さい。質問の意味や、答え方がわかりにくい場合は、医師 (かかりつけ医) に直接尋ねて下さい。

1 介護保険の認定を受けていますか？

いない

いる：要支援 (□1 □2)・要介護 (□1 □2 □3 □4 □5)

2 介護認定の申請をした主な理由は？

手足が不自由  ひどい物忘れ  閉じこもり  その他 ( )

3 他の医院、病院にかかっていますか？  いる  いない

かかっている場合、診療科は何ですか？

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 ( 科)

4. 身体障害者の認定を受けていますか？ (はい・いいえ)

はいの場合、等級は ( ) 級 その内容 ( )

5. 特定疾患の認定をうけていますか？ (はい・いいえ)

はいの場合、疾患名 ( )

6. 心身の状態について

6-1 からだの不自由なところがありますか。次の状態のうち、あてはまるところにレ印をつけて下さい。

正常 からだの不自由なところはまったくない。

J1 からだが多少不自由であるが、交通機関をつかって一人で外出できる。

J2 からだが多少不自由であるが、隣り近所なら歩いて外出できる。

A1 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身の回りのことはできる。

A2 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中では横になっていることが多い。

B1 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。

B2 車いすに乗り降りするのも一人ではむずかしい。座っていることは出来る。

C1 一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる。

C2 一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えで人の手がかかり、寝返りもうてない。

6-2 認知症のすすみ具合についておたずねします。次の状態のうち、あてはまるところにレ印をつけて下さい。

認知症はない。

I. 物忘れなど、少し精神面のおとろえはあるが、一応一人でも生活できる。

II a 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりを間違えたりする。

II b 家の中でも、薬を飲み忘れたり、電話や来客の対応ができない。

III a 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある。

III b 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる。

IV 昼も夜も目が離せず、家族がおちついて眠ることもできない。

M 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。

6-3 理解したり、記憶したりすることについておたずねします。

・物忘れはありますか？  はい  いいえ

・日常生活でものごとを自分で決める (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  まったくできない

・自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？

伝わる  だいたい伝わる  あまり伝わらない  まったく伝わらない

6-4 問題行動についておたずねします。(該当するものに○)

- ・実際には無いものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・金品などを盗まれたなど、実際にはないことを言うことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・介護する人などに暴言をはくことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？ (ある・時々・ない)
- ・便などを触ったり、まき散らすなど不潔な行動がありますか？ (ある・時々・ない)
- ・紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べることがありますか？ (ある・時々・ない)

7. 身体の状態について

7-1 きき腕は？ 右 左

7-2 身長は？ ( ) cm 体重は？ ( ) kg

(過去6ヶ月の体重の変化は？増加 維持 減少)

7-3 関節の痛いところはありますか？(日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態)

肩 股 肘 膝 その他 ( )

7-4 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？

肩 股 肘 膝 その他 ( )

7-5 床ずれはありますか？ ある ない

8. 日常生活での移動状態についておたずねします。(該当するものに○)

8-1 日頃、家の外(屋外)に出て歩いていますか？

(自分一人で歩行・誰かの介助または見守りで歩行・屋外を歩かない)

8-2 車いすを使用していますか？

(全く使用せず・主に自分だけで操作して使用・他人の操作や見守りで使用)

8-3 歩行補助具(杖等)や装具を使用していますか？複数の○可(義足は除く)

(日常では使用せず・屋外で使用[時々含む]・室内で使用[時々含む])

9. 栄養・食生活についておたずねします。

9-1 食事行為について

自分ひとりで食べることができる、またはなんとか自分で食べることができる。

他の者の全面的な介助が必要である。

9-2 現在の栄養状態について

(日ごろの食事行為、食事の量、食欲、顔色や全身の状態から総合的に判断して下さい。)

良い 良くない

10. 現在うけている医療系サービスに○、将来うけたいものに△をして下さい。

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 短期入所(ショートステイ)  
訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導 通所リハ(デイケア)

11. 介護に特に時間がかかったり困ったりしていることがありましたら具体的に記入して下さい。