

この問診票は、主治医の先生が介護保険主治医意見書を作成する際に参考とさせていただくものです。

介護保険「主治医意見書用」問診票

ふりがな		性別	住 所	
氏 名		男	電話 ()	
生年月日	M・T・S 年 月 日	女	記入者	(ご本人との関係)
身長・体重	約 cm	不明	約 kg	不明
前回介護度	なし・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			

1 現在、当院に通院していますか。(複数選択可)

- ① 1か月以内に受診予定 ② 1か月以内に受診した ③ 3か月以内に受診した ④ 最近受診していない ⑤ ない

2 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか。

- ① ある (どこを診てもらうために、どこに :)
② ない

3 現在は通院していないが、今後診療を受けたいと思っている医療機関はありますか。

- ① ある (どこを診てもらうために、どこに :)
② ない

4 日常生活行動についてお聞きします。

(1)-1 現在のお体の状態について一番近いものはどれですか？(該当するところに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	特に問題もなく健康である(正常)
<input type="checkbox"/>	何らかの障害はあるが、生活に支障はない(J)
<input type="checkbox"/>	屋内での生活には問題ないが、外出には付き添いが必要である(A)
<input type="checkbox"/>	屋内での生活にも何らかの手助けが必要で日中もベッド上での生活が多い(B)
<input type="checkbox"/>	一日中ベッド上で過ごしており、食事やトイレ等の介助が必要である(C)

(1)-2 現在の物忘れ(認知症状)について一番近いものはどれですか？(該当するところに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	認知症の症状(ひどい物忘れや被害妄想等)はない状態(正常)
<input type="checkbox"/>	時折、物忘れはあるが、生活の上では問題とならない状態(I)
<input type="checkbox"/>	認知症の症状はあるが、誰かの注意があれば問題とならない状態(II)
<input type="checkbox"/>	日常生活にも支障があり、誰かの介助を必要としている状態(III)
<input type="checkbox"/>	日常生活にも支障があり、常に誰かの介助を必要としている状態(IV)
<input type="checkbox"/>	精神症状や認知症の症状が常にみられ、専門医療が必要な状態(M)

(2)-1 5分前に食べた食事の内容など、本来一時的に記憶に残るような直前のことについて、おぼえていないことがありますか？

- ① ある ② ときどきある ③ ない

(2)-2 日常の意思決定を行うための認知能力について(該当するところに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	日常生活において、首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
<input type="checkbox"/>	日々、繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
<input type="checkbox"/>	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
<input type="checkbox"/>	ほとんど、または全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

(2)-3 意思の伝達能力について(該当するところに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
<input type="checkbox"/>	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、対応に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少相手の促しを要することもある。
<input type="checkbox"/>	時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求(飲食、睡眠、トイレ等)に限られる。
<input type="checkbox"/>	ほとんど伝えられない。または限られたもののみ理解できるサイン(本人固有の音声あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えることができない。

以下の症状はありますか？（ある場合は該当するところに○をつけてください）

(3)	失禁することがある（尿失禁・便失禁）
	実際に見えないものが見えたり、聞こえないものが聞こえたりする（幻視幻聴）
	物を盗られた等の被害的になることがある（妄想）
	夜間眠れず日常生活に支障がある（昼夜逆転）
	大声を出したり、暴力的発言をすることがある（暴言）
	暴力をふるうことがある（暴行）
	介護者の助言や介護に抵抗する（介護への抵抗）
	目的もなく動き回る。外出すると戻ってこれない（徘徊）
	火の不始末や管理ができない（火の不始末）
	便をいじる等の不潔行為がある（不潔行為）
	食べられない物を食べてしまうことがある（異食行動）
	周囲が迷惑するような性的行動がある（性的問題行動）
(4)	意味のない単語を羅列したり、いわゆる「口がもつれる」ことがある（失語・構音障害）
	書けるはずの簡単な字などが書けなくなる（失語・構音障害）
	精神的な混乱、錯覚、興奮等が急激かつ不安定に出現することがある（せん妄）
	「眠ってばかりいる」というようなことがある（傾眠傾向）
	「日付や曜日がわからない」または「人が誰だかわからない」ということがある（失見当識）
	左右がわからなかったり、ドアの開け方がわからないようなことがある（失認）
	服を着る順序や入浴の手順がわからなくなることがある（失行）

(5) お体の悪いところがありますか？（ある場合は該当するところに○をつけてください）

手や足の中で動かない、または動きにくい部分や関節がある	場所：
手や足が震えたり、けいれんする	場所：
床ずれがある	場所：
皮膚疾患（床ずれ以外）がある	場所：
虫歯や歯の動揺、歯ぐきの腫れ等による痛みがある。	
歯がないため、満足に食事ができない。	
歯や歯ぐきの十分な清掃ができない。	

5 移動状況についてお聞きます。

(1)-1 屋外歩行

- ① 自立 ② 介助があればしている ③ していない

(1)-2 車いすの使用

- ① 用いてない ② 主に自分で操作している ③ 主に他人が操作している

(1)-3 歩行補助具・装具の使用(複数選択可)

- ① 用いていない ② 屋外で使用 ③ 屋内で使用

(2) 食事摂取について（該当するところに○をつけてください）

自分一人で、ないし見守り・励まし・身体的援助によって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。

(3) 栄養・食生活で気になることはありますか。

--

6 現在、生活や介護を行う上で、困っていることがあればご記入ください。

--

● ご不明な点がございましたら、秦野市高齢介護課(0463-82-5714)へご連絡ください。