

市処理欄 (この欄は記入 しないでください。)	被保険者 番号	意見書依頼 医療機関	名称	静岡県葵区・駿河区・清水区	申請日
			所在地 (町名)		

介護保険 主治医意見書問診票

静岡市 静岡・清水医師会 記入日 年 月 日

これは、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問診票です。
お手数ですが以下の質問にお答え下さい。(お答えになれる範囲で結構です。)

申請者(患者)本人氏名() 生年月日 明・大・昭 年 月 日
本人住所()

問診票記載者氏名() 本人との関係()
事業所名() 連絡先電話番号()

1 現在、診療や治療を受けている病気がありますか? (ある・ない)

病名・症状	病院・診療所名	診療科名	いつから
1			
2			
3			

2 今までにかかった主な病気や手術がありますか? (ある・ない)

病名 手術名 など	いつ頃
	昭和・平成・令和 年 月頃 ・ 不明
	昭和・平成・令和 年 月頃 ・ 不明
	昭和・平成・令和 年 月頃 ・ 不明

3 介護保険を申請した主な理由は何ですか? (手足が不自由・寝たきり・ひどい物忘れ・その他)

4 患者さんの状態は6ヵ月前と比べてどうですか? (安定している・不安定)

不安定の場合、どのような点が不安定ですか? ()

5 日常生活のようすについてお聞きします。1つ選んで □に印をつけてください。

【正常】

日常生活上の支障はない。(正常)

【自立歩行(杖使用)】

交通機関等を利用して外出できる (J1) 隣近所なら外出できる (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でき、食事、排泄はベッドから離れて行う。(B1)

介助がなければ車いすに乗り移ることができない。(B2)

【寝たきり生活】

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)

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 もの忘れの状態についてお聞きします。1つ選んで □に印をつけてください。

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)

電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活はなんとかできる。(IIb)

一人で着替え・食事・排便・排尿がうまくできず、時間がかかる。用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられない物を口に入れたり、大声や奇声をあげたりして、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分前に取った食事の内容を覚えていますか? (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・多少困難・見守りが必要・できない)

• 自分の要求や意志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)

裏面にもご記入ください。

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・無い)
- 実際には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？
(例えば、お金や大切な物が取られたとかなくなったと言うことがありますか？)
(ある・時々・無い)
- 昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声を出すことがありますか？ (ある・時々・無い)
- 家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか？ (ある・時々・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・無い)
- 目的な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・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・無い)
- 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？ (ある・時々・無い)
- 本来食べられないものを食べたりすることがありますか？ (ある・時々・無い)

9 身体の様子についてお聞きします。

- 健康なときの利き腕はどちらですか？ (右・左)
- 身長()cm 体重()kg 身長、体重はおよその数値で結構です。
- 手、足、指などに欠損がありますか？ (ある・ない)
- 麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？ (部位:) (ある・ない)
- 自分の意志に反した体の動き(ふるえなど)がありますか？ (ある・ない)
- 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ (ある・ない)
- 話すことはスムーズにできますか？ (できる・できない)
- 床ずれ(じょくそう)がありますか？ (ある・ない)
- 皮膚病がありますか？ (ある・ない)

10 現在の介護の様子をお聞きします。

- 自宅での歩行は一人でできますか？ (できる・できない)
- 自分でベッドから椅子や車椅子などに乗り移れますか？ (できる・できない)
- 食事は自分で食べられますか？ (できる・何とかできる・できない)
- 食べ物をスムーズに飲み込むことができますか？ (できる・何とかできる・できない)
- 一人で着替えができますか？ (できる・一部はできる・できない)
- 一人で入浴ができますか？ (できる・一部はできる・できない)
- 一人で排尿・排便ができますか？ (できる・一部はできる・できない)
- 掃除が自分でできますか？ (できる・何とかできる・できない)
- 薬・金銭の管理が自分でできますか？ (できる・何とかできる・できない)

11 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 転倒する 骨折 心肺機能の低下 意欲がない 家に閉じこもる
食欲がない のみ込みにくい 脱水症状 痛みがある

12 利用したい医療系サービスすべてにチェックをつけて下さい。

- 訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション
短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション
その他()

13 利用したいサービスすべてにチェックをつけて下さい。

- ヘルパー派遣(訪問介護)、 ショートステイ(施設での短期間の入所介護)
入浴サービス、 デイサービス(施設での日帰り介護)、 デイケア(施設での日帰りリハビリテーション)、
住宅改修、 福祉用具の貸与や購入、 配食サービス、 施設入所
その他()

14 希望することや困っていることなどがあれば記入してください。

特にひどい物忘れ等で問題行動がある場合は、困っている内容を具体的に記入してください。