

市処理欄 ※ 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 所在地	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医院 診療所・クリニック	申請 日
			静岡県口葵区口駿河区口清水区		

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

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に、お答えになれる範囲でご記入ください。

申請者（患者） 本人氏名	問診票記載者氏名 (本人との関係)	<input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	事業所名
住所	静岡市 <input type="checkbox"/> 葵区 <input type="checkbox"/> 駿河区 <input type="checkbox"/> 清水区	連絡先電話番号

- 1. 現在の介護度は？ 初回または今回から記載のお願い 現在介護度→要支援 1 2 介護度 1 2 3 4 5
- 2. 介護保険を申請した主な理由は？ 手足が不自由 寝たきり ひどい物忘れ その他()
- 3. 現在治療中の病気、また今までにかかった病気や手術(既往)などを記載してください。 1-(1)

病名(介護の原因となる主な病気を①に記入)	病院・診療所名	科名	いつから・時期 (昭和 S 平成 H 令和 R)
①.			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 不明
2.			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 不明
3.			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 不明
既往 1.			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 不明
既往 2.			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 不明

- 4. 6カ月前と比べて状態は？ 安定 不安定(悪化→状態は：) 不明 1-(2)
- 5. 過去 14 日以内に受けた医療は？ ない ある→ 点滴 中心静脈栄養 透析 ストマの処置 酸素療法 2
 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニタ測定(血圧心拍酸素等) 褥瘡処置 カテーテル
- 6. 日常生活の様子について、1つだけ選んで に印をつけてください。(寝たきり度) 3-(1)

【自立】 [判定に、補装具や自助具などを使用した状況であっても差し支えない]

(自立) 体に不自由なところはなく、日常生活上の支障はない。

【自立歩行(何らかの身体的障害は有する)】

(J1) バスや電車などの公共機関を利用し、遠くまで一人で外出することが可能。

(J2) 近場なら、無理なく一人で買い物や散歩などの外出はできる。

【介助歩行(外出に介助が必要)】

(A1) 介護者がいれば、その介助のもと比較的多く外出する。日中はほとんどベッドから離れて生活する。

(A2) 介護者がいても、まれにしか外出しない。日中も寝たり起きたりの生活をしている。

【車椅子生活(移動に車椅子が必要)】

(B1) 介助なしで車椅子に乗り移ることができ、座位保持は自力で行う。食事排泄はベッドから離れて行う。

(B2) 介助がなければ車椅子に乗り移れない。座位保持に介助が必要。食事排泄はベッドから離れて行う。

【寝たきり生活(ベット上の生活が主)】

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

(C2) 1日中ベッド上で過ごし、自力では寝返りがうてない。生活全般に介護者の援助が全面的に必要。

- 7. 物の忘れの状態について、1つだけ選んで に印をつけてください。(認知症自立度) 3-(1)

(自立) 特にない。

(I) 物忘れなどの軽い認知症状はあるが、生活上の支障はない。ほぼ自立で一人暮らしも可能。

(II a) 道に迷うとか買い物などで今まで出来ていた事にミスが目立つが、誰かが注意すれば自立できる。

(II b) 家庭内でも、服薬管理(飲み忘れ)・電話や来客の対応・一人で留守番ができず、誰かの注意が必要。

(III a) 日中を中心に、大声で騒ぎ奇声をあげたり、一人で着替え・食事・トイレができなかったり、不潔行為や徘徊などの問題行動・意思疎通の困難さにて介護を要する。注意しても理解できないことがある。

(III b) 夜間を中心に、前記の状態が多く見られ、注意しても理解できないことがある。夜間特に悩まされる。

(IV) 昼夜を問わず、前記の状態が多く見られ、著しい精神症状や問題行動があり、常に目が離せない状態。

(M) 家族の手におえない問題行動や精神症状が続く状態、あるいは重篤な身体疾患で全く意思疎通出来ない。

- 8. 理解や記憶についてお聞きます。(認知症中核症状) 3-(2)

● 【短期記憶】 10分くらい前のこと 覚えている 覚えていない

● 【意思決定認知能力】 自分一人の判断や意志での行動 できる 多少困難 見守りが必要 できない

● 【伝達能力】 自分の要求や意志の伝達 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。

●9. 日常生活で問題となる行動についてお聞きます。(BPSD)

3-(3)

- 【幻視幻聴】 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする ない 時々 ある
- 【妄想】 金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言う ない 時々 ある
- 【昼夜逆転】 昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声を出す ない 時々 ある
- 【暴言暴行】 家族や介護者に暴言を吐いたり暴力を振るう ない 時々 (暴言 暴行)ある
- 【介護抵抗】 介護に抵抗したり、または拒否する ない 時々 ある
- 【徘徊】 目的なく動き回ったり外へ出て(徘徊して)しまう ない 時々 ある
- 【火の不始末】 タバコの火やガスコンロなどの消し忘れ ない 時々 ある
- 【不潔行為】 便などを触ったり、まき散らしたりする ない 時々 ある
- 【異食行動】 本来食べられないものを食べたりする ない 時々 ある
- 【性的問題行動】 周囲が困るような性的問題行動 ない 時々 ある

●10. 精神科・神経科・心療内科にかかっていますか？

ない いる(病名・病院名

) 3-(4)

●11. 身体の様子についてお聞きます。(身体の状態)

3-(5)

- 【利き腕】 右 左 【身長】 身長 cm 【体重】 体重 kg 【最近半年の体重】 増加 維持 減少
- 【四肢欠損】 手、足、指などの欠損 ない ある(部位)
- 【麻痺】 麻痺や力が入らず不自由なところ ない ある(部位:)
- 【筋力】 筋力の低下したところ ない ある(部位:)
- 【拘縮】 関節(節々)の動きが悪く不自由なところ ない ある(部位:)
- 【疼痛】 関節(節々)が痛む ない ある(部位:)
- 【失調不随意運動】 自分の意志に反した体の動き・ふるえ ない ある→上肢右左 下肢右左 体幹右左
- 【褥瘡】 床ずれ(じょくそう) ない ある(部位:)
- 【皮膚】 皮膚病(湿疹・皮膚の炎症など) ない ある(部位:)

●12. 現在の介護の様子をお聞きます。(生活機能)

4-(1)-(2)-(6)

- 【屋外歩行】 屋外の歩行 できる(自立) 介助があればできる できない
- 【車椅子】 車椅子の使用 使用していない 自分で操作している 他者が操作している
- 【補助具】 歩行補助具・装具の使用 使用していない (屋外で使用 屋内で使用)←複数選択可
- 【移乗】 自分でベッドから椅子や車椅子への乗り移り できる できない
- 【食事行為】 食事は自分で食べられるか 自立ないし何とか自分で(見守りや身体的援助も含む) 全面介助
- 【栄養状態】 栄養状態 良好 不良
- 【嚥下】 食べ物をスムーズに飲み込むこと できる 時々むせる できない
- →栄養・摂食・食生活上の留意点や対応は？ ()
- 下記の項目は一人ですべてできますか？

- ・入浴 できる 一部介助 できない
- ・排尿・排便 できる 一部介助 できない
- ・着替え できる 一部介助 できない
- ・薬・金銭の管理 できる 一部介助 できない

●13. 現在または今後発生する可能性のある状況すべてにチェックをつけて下さい。

4-(3)

- 尿の失敗 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下
- 徘徊 低栄養 飲み込みにくい 脱水症状 感染症にかかりやすい 痛みがある

●14. サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しについてお聞きます。

4-(4)

- 期待できる 期待できない(厳しい) わからない(不明)

●15. 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。

4-(5)

- 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 老人保健施設 介護医療院 その他()

●16. 利用したい介護系サービスすべてにチェックをつけて下さい。

5

- 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()

●17. <必須> 介護に要する手間(困っていること)について具体的に記入してください。

5