介護保険主治医意見書記載用

㊙

＜問　診　票＞

☆　この問診票は、介護保険における“かかりつけ医”医師意見書記載の参考にするためのものので、他に公表するものではありません。

☆　本人又は介護者の方が記入してください。

☆　記入についてわからないところは、病院・医院でお聞きください。

申 請 者	(ふりがな) 明・大・昭　　年　　月　　日生(　　歳)	男・女	〒　　－ 連絡先　　(　　)

記入者氏名　　続柄(　　)

記入者連絡先（電話番号）

記入日　　令和　　年　　月　　日

(1)　身長（　　）cm　　利き腕（ **右・左** ）

体重（　　）kg　　過去６ケ月の体重の変化（ □増加　□維持　□減少 ）

(2)　現在、当院以外で継続的に診療を受けたり、内服薬等、治療を受けている病院・医院はありますか？

イ. はい　　**ロ.** いいえ

病院・医院名

病　　名

(3)　今まで本人がかかった病気(特に入院治療した)はありますか？

イ. はい　　**ロ.** いいえ

具体的に書いてください。　**病　　名**

発病年月日

(4)　日常生活における身体的状態について、当てはまるものに○をつけてください。

イ. 身体状態については問題ない。

ロ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分でできて、電車、バスを利用して外出している。

ハ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分でできて、隣近所へなら外出している。

ニ. 家の中では、自分のことは自分でできているが１人では外出しない。

ホ. 家の中では、自分のことは自分でできているが外出することはほとんどなく、寝たり起きたりしている。

ヘ. 家の中での生活も何らかの手助けが要り、日中もベッド上での生活が中心であって、自力で食事、排泄はベッドから離れて行っている。

ト. 家の中での生活も何らかの手助けが要り、日中もベッド上での生活が中心であって、座ることはできるが自力ではベッドから移動することはできない。

チ. １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要であるが、自力で寝返りはできる。

リ. １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要で、自力で寝返りもできない。

(5)　日常生活における精神状態について、当てはまるものに〇をつけてください。

イ. 精神的なものは特になく、日常生活が送れている。

ロ. 日常生活において、多少チグハグな点はあるが、特に問題はない。

ハ. 日常生活において、道に迷うとか、買い物で間違ってしまうとか、電話の対応等に問題があって１人では留守番ができないなど、問題はあるが誰かが注意していれば生活できる。

ニ. 日常生活において、着替えや食事、排泄等が上手にできなかったり、時間がかかり、誰かが介護しないと生活できない。

ホ. 日常生活に支障をきたし、着替えや食事、排泄等が上手にできず、付きっきりで介護をしないと生活できない。

ヘ. 大声を出したり、意味不明のことを言ったり、興奮して暴れたりして、家で家族が見ることができない。

(6)　日付、直前に食べたもの、前の日の出来事などの記憶に問題がありますか？

イ. はい　　ロ. いいえ

(7)　毎日の日課における判断能力について、当てはまるものに〇をつけてください。

イ. 特に問題はない。

ロ. 毎日繰り返している事は判断できるが、新しい出来事については判断できない。

ハ. 毎日繰り返している事でも(例えば食事、入浴等)判断力が弱く指示する必要がある。

ニ. ほとんど全く判断できない。

(8)　本人の要求や意見を伝える能力について、当てはまるものに〇をつけてください。
（会話に限らず筆談、手話も含めて）

イ. 自分の考えを容易に伝えられる。

ロ. 自分の意見を伝えるのに多少時間がかかる。

ハ. 基本的な要求(食事、排泄等)のみ伝えられる。

ニ. ほとんど伝えられない。

(9)　実際にないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか？

イ. ある　　ロ. 時々ある　　ハ. ない

(10)　お金とか、大切なものがなくなったとか盗まれたとかの言動がありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(11)　昼間寝ていて、夜になると寝ないで動き回ったり、大きな声を出したりすることがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(12)　今までなかったようなひどい言葉を吐くことがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(13)　家族や介護をする人に対して暴力的行為をすることがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(14)　食事、排泄、入浴等日常生活の動作ができなくなったことに対する援助を拒絶することがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(15)　目的もなく動き回ったり、１人で外に出たがり目が離せないことや、外出して家に帰れなくなったりしたことがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(16)　ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(17)　排便後、便をさわったり、隠したりしたことがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(18)　本来食べられないようなものを口に入れたりすることがありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(19)　その他、家族や周囲が迷惑するような性的行為がありますか？

イ. ある　　**ロ.** 時々ある　　**ハ.** ない

(20)　最近、以前にはなかったような精神状態がありますか？

以下の項目の中で当てはまるものがあれば〇をつけてください。

イ. 以前と比べて、活動が少なく、不安な、気分的に落ち込んだ状態がある。

ロ. あばれたり、大声でさわいだり、突然動き出したりすることがある。

ハ. １日中うとうとと寝ており、大声でおこせば起きるがすぐ寝てしまうことがある。

ニ. 自分のいるところがわからなかったり、時間の感覚が不正確だったりするとがある。

ホ. 声が出なくなったり、会話がスムーズに行えないことがある。

ヘ. 意識ははっきりしているのに、トイレの場所などがわからないことがある。

ト. 意識ははっきりしていて、手足の麻痺もないのに洋服がうまく着れなかったり、スプーンがうまく使えないことがある。

(21)　手・足・指等に欠損がありますか？

イ. はい　（部位：　　）　　**ロ.** いいえ

(22)　顔面・手足で麻痺しているところがありますか？

イ.はい　(部位：　　)　　**ロ**.いいえ

(23)　手足は動くけれども、日常生活を送る上で障害となる筋力の衰えはありますか？

イ.はい　(部位：　　)　　**ロ**.いいえ

(24)　手足の関節部で硬くなって動きにくいところがありますか？

イ.はい　(部位：　　)　　**ロ**.いいえ

(25)　手や足にふるえがありますか？

イ.はい　(部位：　　)　　**ロ**.いいえ

(26)　床ずれ(じょくそう)がありますか？

イ.はい　(部位：　　)　　**ロ**.いいえ

(27)　床ずれ以外に身体に湿疹や水虫、おむつかぶれなど皮膚病はありますか？

イ.はい　(部位：　　)　　**ロ**.いいえ

(28)　歩行について、当てはまるものに○をつけてください。

室内で　　**イ**.自立　　**ロ**.何かにつかまって歩く　　**ハ**.していない

屋外で　　**イ**.自立　　**ロ**.介助があればしている　　**ハ**.していない

(29)　車いすの使用について、当てはまるものに○をつけてください。

イ.用いていない　　**ロ**.主に自分で操作している　**ハ**.主に他人が操作している

(30)　歩行補助具・装具の使用について、当てはまるものに○をつけてください。

イ.用いていない　　**ロ**.屋外で使用　　**ハ**.屋内で使用

(31)　食事について、当てはまるものに○をつけてください。

イ.自立ないし何とか自分で食べられる　　**ロ**.全面介助

(32)　現在の栄養状態について、当てはまるものに○をつけてください。

イ.良好　　**ロ**.不良

(33)　次の状態について、当てはまるものに○をつけてください。

1)　**尿　失　禁**　　**イ**.よくある　　**ロ**.時々ある　　**ハ**.ない

2)　**転　　倒**　　**イ**.よくある　　**ロ**.時々ある　　**ハ**.ない

3)　**閉じこもり**　　**イ**.ある　　**ロ**.ない

4)　**意欲低下**　　**イ**.ある　　**ロ**.ない

5)　**徘　　徊**　　**イ**.ある　　**ロ**.ない

6)　**便　失　禁**　　**イ**.よくある　　**ロ**.時々ある　　**ハ**.ない

(34)　その他、介護にかかわる上で困ったことや、お悩みのことがあれば記入してください。

例）現在、○○○があり困っている等。希望する介護サービス内容についても記載可