

介護保険 主治医意見書問診票 [大東市]

記入日：平成 年 月 日

これは、介護認定を希望される方の状態を、より正確に伝えるための主治医意見書問診票です。
 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）
 記入後は、診察時に医師に提出して下さい。

申請者(患者)氏名		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
記入者氏名		本人との続柄		電話番号			
ケアマネジャーを頼んでいますか？ (事業所がわかれば記入してください)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	[事業所名]				

1、介護保険の認定を受けていますか？

初めて / 要支援 (1 2) / 要介護 (1 2 3 4 5)

2、介護保険を申請した主な理由はなんですか？

手足が不自由 寝たきり 物忘れ その他 [_____]

3、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・診療所および診療科名	いつ頃から
		昭和・平成 年 月頃・不明
		昭和・平成 年 月頃・不明

4、今までに大きな病気にかかったことや手術を受けたことがありますか？

(ある ・ ない)

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

5、ご本人の状態は6ヶ月前と比べてどうですか？

安定している 不安定

どんな点が不安定ですか？

6、身体的な日常生活の様子についてお聞きます。1つだけ選んで□に印を付けて下さい。

右の項目から一つだけ選んで□に印をつけて下さい。	正 常	<input type="checkbox"/> 日常生活上の支障はない。	(自立)
	自立歩行	<input type="checkbox"/> 自分で（交通機関等を利用して）外出できる。 ※杖を使っても、一人で外出が	(J1)
		<input type="checkbox"/> 隣近所なら一人で外出できる。 できればここに該当します。	(J2)
	介助歩行	<input type="checkbox"/> 介助により外出し、日中は起きて（ほとんどベッドから離れて）生活している。	(A1)
		<input type="checkbox"/> 外出の頻度が少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている。	(A2)
	車椅子生活	<input type="checkbox"/> 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)
		<input type="checkbox"/> 介助がなければ車椅子に乗り移ることができない。	(B2)
寝たきり生活	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> 生活全般に介助を要する。自力で寝返りがうてない。	(C2)	

7、精神的（もの忘れの状態など）な日常生活についてお聞きます。1つだけ選んで□に印を付けて下さい。

右の項目から一つだけ選んで□に印をつけて下さい。	<input type="checkbox"/> 特に支障になるようなことはない。	(自立)
	<input type="checkbox"/> 話がぐどくなり、もの忘れも見受けられるが、生活上の支障はない。	(I)
	<input type="checkbox"/> 道に迷うとか、買い物などで、今までできていたことにミスが目立つようになってきた。	(IIa)
	<input type="checkbox"/> 電話や訪問者の対応などができず、一人で留守番ができないが、日常生活は何とかできる。	(IIb)
	<input type="checkbox"/> 1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、注意しても理解できないことがある。	(IIIa)
	<input type="checkbox"/> 上記の状態が週1回以上あり、また、夜間に多くあり、注意しても理解できない	(IIIb)
	<input type="checkbox"/> 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)

～～ 裏面もご記入下さい ～～

8、理解や記憶についてお聞きします。(※以下、該当する項目を選んで□に印を付けて下さい。)

- ・ 前回の食事のことを覚えていますか？
(何を食べたか覚えている 内容は覚えていないが、食べたことは覚えている 食べたことも忘れることがある)
- ・ 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 見守る必要あり 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)

9、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 ない)
- ・ 実際になかったことをあつたかのように言うことがありますか？
(例えば、お金や取られたとか、大切な物がなくなった など) (ある 時々 ない)
- ・ 昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出すことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・ 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 ない)
- ・ 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 ない)
- ・ 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 ない)
- ・ タバコの火やガスコンロの消し忘れなどの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、まき散らしたりすることがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・ 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 ない)

10、身体の様子についてお聞きします。

- ・ 利き腕はどちらですか？ (健康なとき) (右 左)
- ・ 身長 (cm)、体重 (kg) ・最近6ヶ月間の体重の変化 (増加 ・ 維持 ・ 減少)
- ・ 手、足、指などに欠損がありますか？ (ある [部位] ない)
- ・ 麻痺により、不自由なところがありますか？ (ある [部位] ない)
- ・ 筋力の低下により、不自由なところがありますか？ (ある [部位] 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 [部位] ない)
- ・ 関節の痛みがありますか？ (ある [部位] ない)
- ・ 会話はスムーズにできますか？ (できる できない)
- ・ 自分の意志に反した体の動き(ふるえ等)がありますか？ (ある ない)
- ・ 床ずれ(じょくそう)がありますか？ (ある [部位] ない)
- ・ その他の皮膚の疾患がありますか？ (ある [部位] ない)

11、現在の介護の様子をお聞きします。

- ・ 屋外で歩いていますか？ (歩いている 介助あれば歩いている 歩いていない)
- ・ 車椅子を使っていますか？ (使っていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している)
- ・ 杖や下肢装具を使っていますか？ (使っていない 屋外で使っている 屋内で使っている)
- ・ 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)
- ・ 健康なときに比べて食事の量が減っていますか？ (変わらない 3分の2程度 半分以下)
- ・ 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)
- ・ 一人で排泄(小便・大便)ができますか？ (できる 一部はできる 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)

12、現在ある状況のすべてにチェックをつけて下さい。

- 尿をもらす 家に閉じこもる 意欲がない 食事を飲み込みにくい 体に痛みがある

13、利用したいサービスのすべてにチェックをつけて下さい。

- 訪問看護 ヘルパー派遣 介護職員の訪問による相談と支援 入浴サービス
- ショートステイ(施設での短期間の入所介護) 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) 福祉用具の貸与や購入 住宅改修 配食サービス
- 施設入所 その他 (_____)

14、【必ず記入してください】困っていることや希望することを記入。

