

患者番号

氏名

生年月日

年 月 日 (歳)

介護保険「主治医意見書作成用」問診票

- * 介護認定を受けられる患者様へお送りしています。
- * この「問診票」は介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。
- * 日頃のご様子や状態を分かる方が、可能な範囲でお答え下さい。
- * 認定までの手続きがスムーズに進められるよう、本用紙がお手元に届いてから5日以内に当院へご提出(郵送可)下さい。
尚、送られた用紙3枚全てをご提出下さい。
- * この問診票に記載のある個人情報については、介護保険主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。
- * ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

〒252-5188 神奈川県相模原市緑区橋本台4-3-1
TEL:042-761-6020(代)
相模原協同病院 医事課 介護保険担当

それぞれ該当する項目にレ点または○をつけてください

ID

※この用紙は 年 月 日に記入しました。(記載者:

続柄)

協同病院以外に通院している医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり	受診科は? →	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 婦人科
	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> もの忘れ科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
			<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> その他()

今回の介護保険の申請理由を教えてください。

- 調理ができない 買い物に行けない 洗濯が出来ない お風呂に入れない 家からでない
薬の管理ができない 一人でトイレに行けない 歩けない 筋力低下がある よく転ぶ
介護負担がある 介護用ベッドを借りたい 段差解消や手すりを設置 物忘れがある
施設へ入所したい ショートステイを利用したい

今後、希望するサービス(利用することで問題を解決できる医療系サービス)を教えてください。

- 訪問診療 訪問看護 訪問歯科・歯科衛生 訪問薬局 訪問栄養相談
訪問リハビリ 通所リハビリテーション(デイケア) 特になし

①、②の日常生活の自立度などについて、それぞれ該当する項目に一つだけレ点をつけてください

①現在の身体に近いものはどれですか? (寝たきり度)	<input type="checkbox"/>	特に問題はない	自立
	<input type="checkbox"/>	バスや電車を利用して、遠くまで一人で外出できる	(J1)
	<input type="checkbox"/>	近くであれば、一人で買い物や老人会の参加などで外出できる。	(J2)
	<input type="checkbox"/>	一人での外出はむずかしいが、家の中では身の回りのことが大体できる。	(A1)
	<input type="checkbox"/>	あまり外出しないで、家の中では横になっていることが多い	(A2)
	<input type="checkbox"/>	車椅子の乗り降りは一人でできる。食事やトイレは介助がなくても大丈夫。	(B1)
	<input type="checkbox"/>	介助がなくては車椅子の乗り降りがむずかしい。すわっていることはできる。	(B2)
	<input type="checkbox"/>	1日中ベッドですごし、食事・トイレ・着替えなどで人の手をかりることがある。寝返りはうてる	(C1)
<input type="checkbox"/>	1日中ベッドですごし、日常生活全てにおいて介助が必要である。寝返りもできない。	(C2)	
②現在の物忘れの症状に近いものはどれですか?	<input type="checkbox"/>	認知症はない(ひどい物忘れや被害妄想など)	自立
	<input type="checkbox"/>	時々物忘れもあるが、年相応で日常生活には支障がない	(I)
	<input type="checkbox"/>	道に迷ったり、買い物など、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。	(II a)
	<input type="checkbox"/>	薬を飲み忘れしたり、電話や来客との対応がむずかしいなど、一人で留守番はできないが日常生活はなんとかかできている。	(II b)
	<input type="checkbox"/>	麻痺や筋力低下はないのに、一人で着替えやトイレ、食事がうまくできなくなってきた。	(III a)
	<input type="checkbox"/>	用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられないものを口に入れたり、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(→日中中心)	(III b)
	<input type="checkbox"/>	上記のような状態が、週1回以上、夜間に多くあり目が離せない。	(IV)
<input type="checkbox"/>	昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることもできない。常時介護が必要。	(M)	
<input type="checkbox"/>	妄想・暴力・落ち込みなどがひどく問題行動がある。専門医の治療を必要とする。		

③次のような行動はありますか? それぞれ該当する項目に一つだけレ点をつけてください

5分・10分前に食べた内容など直前のことについて覚えていないことがありますか?	短期記憶
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
日常生活でものごとを自分で決めたり、判断することができますか?	意思決定
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> あまりできない <input type="checkbox"/> まったくできない	
自分のして欲しいこと、ほしくないことを伝えることはできますか?	意思伝達
<input type="checkbox"/> 伝わる <input type="checkbox"/> だいたい伝わる <input type="checkbox"/> 飲食・排泄などは伝えられる <input type="checkbox"/> まったくできない	

気になる行動(該当する欄にレ点をつけて下さい)		ない	時々 (月に1回以上)	ある (週に1回以上)
1	実際にいない人や動物がみえる、物音が聞こえるということがありますか？	幻視・幻聴		
2	お金を盗られた、なくなったなど実際にはないことを言うことがありますか？	妄想		
3	昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)に動き回ったり大声をだすことがありますか？	昼夜逆転		
4	今までになかったような暴言をはくことがありますか？	暴言		
5	介護する人に暴行を加えることがありますか？	暴行		
6	介護する際に抵抗して世話ができないことがありますか？	介護への抵抗		
7	目的も無く出歩き、家に帰れなくなったことがありますか？	徘徊		
8	ガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がありますか？	火の不始末		
9	便や尿に触ったりするなどの不潔な行為がありますか？	不潔行為		
10	食べられないものを食べたり、食べようと口に入れることがありますか？	異食行動		
11	周りがめいわくするような性的な行動がありますか？	性的問題行動		
12	1～12までの質問の他に困っている行動がありますか？			
〈精神・神経症状〉		ない	時々 (月に1回以上)	ある (週に1回以上)
1	言いたい言葉がでない、書けるはずの簡単な字が書けないことがありますか？	失語		
2	発音がうまくできない、ろれつがまわらないことなどがありますか？	構音障害		
3	精神的な混乱、錯覚、興奮などが急激に出現することがありますか？	せん妄		
4	眠ってばかりいる、ということがありますか？	傾眠傾向		
5	「曜日や日付がわからない」「人が誰だかわからない」ということがありますか？	失見当識		
7	服を着る順序や入浴の手順がわからなくなる、ということがありますか？	失行・失認		
8	ゆううつで悲観的な言葉が多くなり、意欲低下がありますか？	うつ状態・意欲低下		
9	外に出たがらないなど閉じこもりがちですか？			

④身体の状態について

利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身長 () cm	体重 () kg	※6ヶ月前と比べて <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減った	
手・足・指などに欠損はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 足 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 指 → どこに			
麻痺があり不自由なところがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
筋力の低下はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 程度: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 → どこに			
関節の動きが悪く不自由なところがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 程度: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 → どこに			
関節の痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 程度: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 → どこに			
自分の意思に反した体のふるえがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → 上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
床ずれがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → どこに			
皮膚疾患がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → どこに			
移動	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があれば出来る <input type="checkbox"/> していない		
	車いすの使用	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 自分で操作 <input type="checkbox"/> 他人が操作		
	歩行補助具・装具の使用	<input type="checkbox"/> 杖、シルバーカー、歩行器、などを使用 (<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 両方)		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立または一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 → <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経鼻や胃管、胃瘻を使用			
	飲み込みにくいことや、むせることがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トロミ剤使用 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> きざみ食			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿失禁がある <input type="checkbox"/> 便失禁もある <input type="checkbox"/> 尿道カテーテルを使用 <input type="checkbox"/> ストマを使用			