

介護保険「主治医意見書作成用」問診票 (※医療機関保管)

記入日: 2021年 4月 1日

ふりがな	やまと たろう		〒	242-0007	
本人氏名	大和 太郎		住所	大和市鶴間1-1-1 電話: 046 - 123 - 4567	
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明治・大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成:	20年 3月 25日 (76才)	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居				
この問診票を提出する病院(主治医)以外に通院している医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない		ありを選んだ方は、受診している科を☑(チェック)してください。 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input checked="" type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()		
※記入者氏名(事業所名)連絡先	☎ : ()		本人との関係	※同意欄 (※記入者が本人・家族の場合は不要) (本人との関係)	

※「記入者氏名欄」について、やむを得ずケアマネジャー等がこの問診票を記入する場合には、記入者氏名欄に事業所名と氏名、連絡先を記入し、必ずご本人またはご家族に内容を確認してもらった上で、同意欄に署名をいただいでください。

それぞれ該当する項目に☑(チェック)を付けてください。

今回の介護保険の申請は、新規 更新 区分変更 です。

今回の介護保険の申請理由は、調理ができない 買い物に行けない 洗濯ができない お風呂に入れない
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 家から出ない 介護負担がある
物忘れがある ベットを借りたい 家を整えたい(段差や手すり等) その他()
 生活に支障が出ているため、申請を行います。

今回は更新申請で、前回の状況と変化はありません。

希望するサービス(利用することで問題を解決できるもの)は、
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 訪問介護 通所介護 住宅改修 福祉用具
その他のサービス(☐特別養護老人ホーム ☐老健 ☐療養型病院 ☐その他:)

現在、生活や介護を行う上で、困っていることがあればご記入ください。
老々介護で大変だ。

①、②の日常生活の自立度等について、それぞれ該当する項目に一つだけ☑(チェック)を付けてください。

①現在のお体に近いものはどれですか？(寝たきり度)	<input type="checkbox"/>	身体の不自由なところはない	(O)
	<input type="checkbox"/>	交通機関(バス・電車)を利用して、かなり遠くまで外出できる	(J1)
	<input type="checkbox"/>	隣近所なら一人で買い物や老人会の参加など外出する	(J2)
	<input type="checkbox"/>	日中はベットから離れて生活しており、誰かの介助があれば外出できる	(A1)
	<input type="checkbox"/>	あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている	(A2)
	<input type="checkbox"/>	車椅子に乗り降りは一人でできる。食事やトイレも介護者の援助を要する	(B1)
	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子に乗り降りするも一人では難しい。食事やトイレも介護者の援助を要する	(B2)
	<input type="checkbox"/>	一日中ベッド過ごし、食事・トイレ・着替えなどにおいて介助を要し、自力で寝返りはできる	(C1)
<input type="checkbox"/>	一日中ベッド過ごし、食事・トイレ・着替えなどにおいて介助を要し、自力で寝返りはできない	(C2)	
②現在の物忘れ(認知症状)近いものはどれですか？	<input type="checkbox"/>	認知症はない	(O)
	<input type="checkbox"/>	物忘れなど軽い認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している	(I)
	<input type="checkbox"/>	それまでできていたことに、ミスが目立つようになったなどの症状があるが、誰かが注意すれば自立できる	(II a)
	<input type="checkbox"/>	薬を飲み忘れたり、電話や来客との対応ができないなど、一人で留守番ができない	(II b)
	<input type="checkbox"/>	着替え・食事・排便・排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする(→日中を中心として症状が出ている)	(III a)
	<input type="checkbox"/>	着替え・食事・排便・排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難をきたし、介護を必要とする(→夜間を中心として症状が出ている)	(III b)
	<input checked="" type="checkbox"/>	上記多彩な症状より、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする	(IV)
<input type="checkbox"/>	妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、問題行動があり、専門医の治療を必要とする	(M)	

次の症状はありませんか？		※各項目の、あてはまる選択肢に☑(チェック)をつけてください。	
5分・10分前のことも忘れてしまう(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	
日付・時刻、居場所、身近な人の識別ができない。できることとできないことが自分で理解できない(認知判断能力)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない	
自分の意思が相手に十分に伝えられない(意思伝達)	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 伝えられない	
	起こりうる頻度・回数		
	なし (過去一カ月間に一度もない)	ときどきあり (1回/月以上、または1回未満/週)	ある (少なくとも1回/週以上)
見えないものが見える、聞こえないものが聞こえる(幻視・幻聴)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を盗られた等の被害妄想等がある(妄想)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間眠れずに日中の活動に影響がある(昼夜逆転)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声を出す、暴力的な発言・暴力を振るう(暴言・暴行)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護者の助言や介護に抵抗する(介護への抵抗)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない(徘徊)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や管理が出来ない(火の不始末)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
便をいじる等の不潔行為がある(不潔行為)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられない物を食べてしまったり、口に入れてしまう(異食行動)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲が迷惑するような性的行動がある(性的問題行動)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神・神経症状はありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ※ありの方は、下記に☑(チェック)をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 言葉を話したり理解することに問題がある(失語)		<input checked="" type="checkbox"/> 順序がある工程や行動が出来ない(失行)	
<input type="checkbox"/> ろれつが回らない(構音障害)		<input type="checkbox"/> 人の顔がわからない(失認)	
<input type="checkbox"/> 変なことを口走ったり行動することがある(せん妄)		<input type="checkbox"/> けいれん発作がある(てんかん)	
<input checked="" type="checkbox"/> ゆううつで悲観的な言葉が多い(うつ状態)		<input type="checkbox"/> すぐに寝てしまう(傾眠)	
専門医の受診	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない	診療科目： <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他()	

お体の状況についてお聞きします。

※あてはまる選択肢に☑(チェック)をつけてください。

身体の状態	利き腕	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身長	168 cm	体重	60 kg	半年前と比べて <input type="checkbox"/> 増えた <input checked="" type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変わらない
	※身長・体重はデイサービス・ショートステイ等で測定されたものでもいいです。未記入の場合は、医療機関で測定し記入をお願い致します。						
	身体の中で痛みや動きにくい部分はある(例：痛み・震え・マヒ・筋力低下・拘縮)		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	箇所： 足	症状： 筋力低下		
	床ずれや湿疹等の皮膚の病気がある		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	箇所：	症状： <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他()		
	屋外での歩行		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input checked="" type="checkbox"/> していない			
	車椅子の使用		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作する		<input type="checkbox"/> 主に他人が操作する	
	杖やシルバーカーや歩行器の使用		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 屋外で使用		<input type="checkbox"/> 屋内で使用(複数で選択可)	
	食事の摂取		<input checked="" type="checkbox"/> 自立またはなんとか自分で食べれる		<input type="checkbox"/> 全面介助		
尿の失禁		<input type="checkbox"/> 失禁がある		<input checked="" type="checkbox"/> 失禁はない			

お願い！！

※ご本人・ご家族へ

この問診票は、主治医の先生が介護保険「主治医意見書」を作成される際に、日ごろの状況をさらに詳しくご記入いただく補助資料となるものです。必要事項をご記入の上、かかりつけの医療機関(介護保険[要介護認定・要支援認定]申請書の主治医(かかりつけ医)欄にご記入いただいた先生)に提出してください。

※主治医の皆様へ

主治医意見書ご記入の際に、参考資料としてご活用ください。

この問診票は、主治医意見書作成を支援する任意の書類です。(この書類の保管は、医療機関でお願いいたします)

ご不明な点は、大和市医師会在宅医療・介護連携支援センター(046-200-6556)までお問い合わせください。