

介護保険「主治医意見書作成用」問診票

《 大 村 市 医 師 会 ・ 大 村 市 》

記入日：令和 年 月 日

これは、介護保険の要介護認定に当たって必要となる主治医意見書を作成するための参考資料とするものです。わかる範囲で結構ですので、本人又は普段の様子を把握しているご家族の方が必要事項をご記入のうえ、介護保険要介護認定・要支援認定申請書と一緒に長寿介護課に提出してしてください。

※提出は必須ではございませんがご協力ください。意見書作成以外には使用しません。

申請者(患者)氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
申請者(患者)住所	電話番号					
記入者氏名	申請者との続柄					

※本人又はご家族が記入できず、ケアマネジャー等がこの問診票を記入する場合は、記入者氏名欄に事業所名と氏名を記入してください。

1 介護保険の認定を受けていますか。 ※1つだけ選んで口にし印を付けてください。

初めて / 要支援(1 2) / 要介護(1 2 3 4 5)

2 日常生活における身体的状態について ※1つだけ選んで口にし印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 自立	日常生活上の支障はない。	
<input type="checkbox"/> J1	自分で交通機関等を利用して外出できる。	※杖を使って、一人で外出ができればここに該当します。
<input type="checkbox"/> J2	隣近所なら一人で外出できる。	
<input type="checkbox"/> A1	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。	
<input type="checkbox"/> A2	外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。	
<input type="checkbox"/> B1	自分一人で車いす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。	
<input type="checkbox"/> B2	介助が無ければ車いすに乗り移ることができない。	
<input type="checkbox"/> C1	排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自分で寝返りがうてる。	
<input type="checkbox"/> C2	生活全般に介助を要する。自分では寝返りがうてない。	

3 日常生活における精神的状態について ※1つだけ選んで口にし印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 自立	特に支障となるようなことはない。	
<input type="checkbox"/> I	以前より忘れやすくなったり話がぐどくなったりしているが、生活上の支障はない。	
<input type="checkbox"/> IIa	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。	
<input type="checkbox"/> IIb	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。	
<input type="checkbox"/> IIIa	着替え・食事・排泄が一人でうまくできない。理由もなく、外へ出歩いてしまったりすることがある。	
<input type="checkbox"/> IIIb	上記の状態が週一回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できない。	
<input type="checkbox"/> IV	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。	
<input type="checkbox"/> M	被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。	

4 理解や記憶について ※以下、該当する項目を選んで口にし印を付けてください。

(1) 直前のことをすぐ忘れてしまうことがよくありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない
(2) 自分一人の判断や意思で行動できますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> できない
(3) 自分の要求や意思を相手に伝えられますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求のみ <input type="checkbox"/> できない

裏面もあります

5 日常生活での問題となる行動について

(1) 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 □ときどきある □ない
(2) 実際になかったことをあったかのように言うことがありますか。(お金が無くなった など) □ある □ときどきある □ない
(3) 昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出す事がありますか。 □ある □ときどきある □ない
(4) 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 □ときどきある □ない
(5) 介護に抵抗したり、又は拒否することがありますか。 □ある □ときどきある □ない
(6) 目的なく動き回ったり、外出(徘徊)したりすることがありますか。 □ある □ときどきある □ない
(7) タバコの火やコンロの消し忘れなどの火の不始末がありますか。 □ある □ときどきある □ない
(8) 排便後などに便や尿に触ったり、まき散らしたりすることがありますか。 □ある □ときどきある □ない
(9) 本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか。 □ある □ときどきある □ない
(10) まわりが迷惑するような性的な言動や行為がありますか。 □ある □ときどきある □ない

6 身体の様子について

(1) 身長 ()cm 体重()kg ※最近6か月の体重の変化 □維持 / □増加 □減少 () kg
(2) 利き腕はどちらですか。 □右 □左
(3) 手や足、指などに欠損がありますか。 □ある(部位:) □ない
(4) 麻痺により、不自由なところがありますか。 □ある(部位:) □ない
(5) 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
(6) 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
(7) 関節の痛みがありますか。 □ある(部位:) □ない
(8) 会話はスムーズにできますか。 □できる □できない
(9) 自分の意思に反した体の動き(ふるえ等)がありますか。 □ある □ない
(10) 床ずれ(じょくそう)がありますか。 □ある(部位:) □ない

7 現在の生活について

(1) 屋外を歩くことができますか。 □できる □介助があればできる □できない
(2) 車いすを使っていますか。 □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
(3) 杖や歩行器又は装具を使っていますか。 □使っていない □屋外で使用 □屋内で使用
(4) 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
(5) 食べ物をスムーズに飲み込むことができますか。 □できる □何とかできる □できない
(6) 便や尿をもらすことがありますか。 □ない □ときどき □ある
(7) よく転ぶことがありますか。 □ない □ときどき □ある
(8) 閉じこもりや意欲の低下などありませんか。 □ない □ある
(9) 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
(10) 一人で入浴ができますか。 □できる □一部はできる □できない
(11) 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
(12) 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

8 困っていることや必要な介護サービスなどがありましたらご記入ください。

※認知症等で問題行動がある場合は、その内容を具体的に記入

--