

介護保険の要介護認定・要支援認定を申請される方へ

(問診票記入のお願い)

- 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わかる範囲でお答えください。
- 必要に応じて、電話での質問や外来へ受診をお願いすることがあります。
- 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。

主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

□には、レ印をお願いします。

申請者本人(認定を受けられる方)のお名前		問診票を書いていた方のお名前 (申請者本人の場合は記入不要です)	
ふりがな		ふりがな	
氏名 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)		氏名	
生年月日 明・大・昭 年 月 日生		本人との続柄 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	
電 話 — —		電 話 — —	
同居家族の有無	<input type="checkbox"/> 同居なし ・ <input type="checkbox"/> 同居あり →	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	

今回の介護保険申請について教えてください。 (更新・区分変更の場合は、現在の介護度を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 現在の介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
--	--

在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの進行 <input type="checkbox"/> その他()
---------------------------	---

今回の介護保険の申請理由は、調理ができない 買い物にいけない 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、
訪問診察 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(特別療養老人ホーム 老健 療養型病院 その他 :)

現在、他に治療を受けている病院・診療所はありますか？	病院・診療所名 () ()
----------------------------	-----------------------

診 療 科 名(わかれば記入ください)

内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科
眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他()科

1 傷病について

主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名 おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃・不明 傷病名()
---	--

上記のほかに、今までにかかった大きな病気などについて 記入してください。 病気の名前(例えば、骨折、心臓発作(しんぞうほっさ)、 喘息(ぜんそく)など)、手術をしたかどうかなど	おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃・不明 傷病名() いつ頃 年 月 日頃・不明 傷病名()
---	--

次の 2-(1)、2-(2)、2-(3)、2-(4) の質問は、物忘れの程度などを判断するうえでの重要な内容です。答えられる範囲でご記入ください。

2-(1) 日常生活の状態について

日常生活の状態についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。

↓

<input type="checkbox"/>	からだの不自由さはありません。	
<input type="checkbox"/>	少しからだは不自由ですが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できます。	
<input type="checkbox"/>	1. 電車、バスを利用して出かけることができます。	J1
<input type="checkbox"/>	2. となり近所へなら外出できます。	J2
<input type="checkbox"/>	家の中では、おおむね自立していますが、一人では外出できません。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中はベッド・布団(ふとん)から出て生活し、誰かと一緒にあれば外出できます。	A1
<input type="checkbox"/>	2. 日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しません。	A2
<input type="checkbox"/>	家の中の生活でも誰かの手助けが必要で、ベッドの上で過ごす時間は長いものの座ることができます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自ら車椅子(くるまいす)に乗り、食事、排泄(はいせつ)はベッドから離れて行います。	B1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと車椅子(くるまいす)に乗ることができません。	B2
<input type="checkbox"/>	一日中ベッドの上で生活し、食事、排泄(はいせつ)、着替えの時に手助けがいります。	
<input type="checkbox"/>	1. 自分の力で、寝返(ねがえ)りをうつことができます。	C1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと、寝返(ねがえ)りもうてません。	C2

物忘れの程度についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。

↓

<input type="checkbox"/>	物忘れはありません。	
<input type="checkbox"/>	少し物忘れがありますが、日常生活は、ほぼ自立して生活しています。	I
<input type="checkbox"/>	物忘れが多少進んでいますが、誰かが注意しておれば、生活できます。	
<input type="checkbox"/>	1. たびたび道に迷い、お金の計算や買い物にミスが目立ちます。	II a
<input type="checkbox"/>	2. 薬の飲み方を間違えたりします。一人で電話番号(でんわばん)や留守番(るすばん)はできません。	II b
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障をきたすような症状や行いが時々みられ、思っていることが伝わらず、介護が必要です。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中を中心として、時々、日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。 (例) 着替え、食事、排便(はいべん)、排尿(はいにょう)が上手にできないか、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊(はいかい)、失禁(しっきん)、大声、奇声をあげる、火の不始末(ふしまつ)、不潔行為(ふけつこうい)、性的異常行為等がある。	II a
<input type="checkbox"/>	2. 夜間を中心として、時々、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。	III b
<input type="checkbox"/>	日中も夜間も、頻繁(ひんぱん)に、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られ、常に介護が必要です。	IV
<input type="checkbox"/>	専門的医療(せんもんてきいりょう)を必要とする著(いちじる)しい精神症状や困った行動、重篤(じゅうとく)な身体疾患(しんたいしっかん)が見られます。	V

2-(2) 理解や記憶について

つい先程のことをすぐ忘れてしまうことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことができますか？	<input type="checkbox"/> 決めることができる <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)以外は多少の困難がある <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)にも見守りが必要 <input type="checkbox"/> 決めることがほとんどできない
自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたい伝えられるが多少の困難がある <input type="checkbox"/> 時々伝えられるが飲食・排泄(はいせつ)など基本的なことに限られる <input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない

2-(3) 日常生活で困っている行動について

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
2	実際にはなかった事をあつたように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
4	今までになかったような暴言(ぼうげん)をはくことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
5	介護者に暴行(ぼうこう)を加えることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	介護に抵抗(ていこう)または拒否(きよひ)することがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	外出して帰れなくなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
8	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末(ふしまつ)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
9	排便(はいべん)後などに、便や尿に触(さわ)ったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
10	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？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
11	まわりが迷惑するような性的な行動がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
1から11までの質問の他に困っている行動がありますか？		<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない	

2-(4) 精神・神経症状について

精神・神経症状はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input 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 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 type="checkbox"/> ゆ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)
精神科(せいしんか)・神経科(しんけいか)・心療内科(しんりょうないか)にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> かかっている <input type="checkbox"/> かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

2-(5) 身体の状態について

利き腕(ききうで)はどちらですか？	<input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き
身長と体重は？(実測)	身長 cm 体重 kg
最近6ヶ月で体重の増減(ぞうげん)がありますか？	<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減った
手・足・指等に欠損(けっそん)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位) <input type="checkbox"/> ない

7 麻痺や痛み、床ずれについて

以下の項目に該当する場合はチェックを入れ、部位を記入のうえ、程度；軽・中・重 にチェックをつけてください。

軽	→	ほとんど無視できる状態
中	→	何らかの対策が必要な状態
重	→	専門的な対策が必要な状態

<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢 (程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 力がはまらない	部位： (程度： 程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の動きが悪い (肘・足チェック)	部位： (程度： 程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節が痛い	部位： (程度： 程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 思うように動かさない。 または意識しない動きが出る	上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 床ずれがある	部位： (程度： <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 中 ・ <input type="checkbox"/> 重)

ご協力ありがとうございました。