



主治医意見書作成のための問診票

ご本人、ご家族様へ

この問診票は、医師が申請者の日常のご様子を把握し、正確な主治医意見書を作成するためのものです。わかる範囲でご記入ください。担当のケアマネジャーさんや相談員さんなどにもご確認を頂き、医療機関へご提出ください。尚、ご本人以外の方が追記や修正を行う際には、赤や青に色を変えるなど、その部分が分かるようにしてください。

記入日： 年 月 日

申請者 (被保険者)	氏名：	生年月日	明・大・昭 年 月 日
---------------	-----	------	-------------

この問診票を記入された方を教えてください。(✓複数選択可)

<input type="checkbox"/> 本人			
<input type="checkbox"/> 家族	氏名：	続柄	
<input type="checkbox"/> ケアマネ ジャー	氏名：		
	事業所名：		
<input type="checkbox"/> その他	氏名：	関係性	

◆経過・既往など◆

①生活機能低下の主な原因と思われる病気やけがをご記入ください。

病名・症状	いつから	病院・診療所名
	年 月 ごろから	

②現在、または、過去にかかった大きな病気やけが、手術などをご記入ください。

病名・手術名など	いつから	病院・診療所名
	年 月 ごろから	
	年 月 ごろから	
	年 月 ごろから	

◆心身の状態に関すること◆

1.日常生活における身体的状態 ※いずれかあてはまるものを1つ選んでください。

- 身体的状態については問題ない。(正常)
- 多少不自由なことはあるが自分のことは自分ででき、電車・バス等を利用して外出している。(J1)
- 多少不自由なことはあるが自分のことは自分ででき、隣近所へならひとりで外出している。(J2)
- 家の中では自分のことは自分でできているが、ひとりでは外出しない。(A1)
- 家の中では自分のことは自分でできているが、外出することはほとんどなく寝たり起きたりしている。(A2)
- 家の中での生活にも何らかの手助けを必要とし、主にベッド上で生活しているが、介助なく車椅子に乗り移り、食事や排泄はベッドから離れて行う。(B1)
- 家の中での生活にも何らかの手助けを必要とし、日中も寝たり起きたりの生活が中心であって、座ることはできるが、介助のもと車椅子に乗り移る。(B2)
- 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要であるが、自力で寝返りをうつことができる。(C1)
- 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要で、自力で寝返りをうつことができない。(C2)

2.日常生活における精神的状態 ※いずれか当てはまるものを1つ選んでください。

- 物忘れや問題行動などはない。(正常)
- ときどき物忘れなどがあるが、日常生活ではほとんど支障がない。(I)
- 道に迷う、買い物や金銭管理などがひとりでできないなどはあるが、誰かが注意していれば生活できる。(IIa)
- 薬の管理ができない、電話や訪問者との対応ができないなどはあるが、誰かが注意していれば生活できる。(IIb)
- 日中を中心として下記Ⅲの症状がみられる。(IIIa)
- 夜間を中心として下記Ⅲの症状がみられる。(IIIb)

日常生活において、支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。着替え・食事・排泄等が上手にできず、時間がかかる。徘徊や不潔行為等がある。(III)

- 上記Ⅲの症状・行動が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。(IV)
- 著しい精神症状や問題行動があり、専門医療を必要とする。(M)

3.物忘れなどの記憶障害や判断力の低下などの症状 (認知症の中核症状に該当)

- ・ひどい物忘れはありますか。【 ない ある 】
- ・毎日の生活は自分の判断や意思でできますか。
【 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない 】
- ・言いたいことを相手に伝えられますか。
【 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない 】

4.妄想や幻覚、不安、徘徊などの症状 (認知症の周辺症状に該当)

次のような症状がありますか。該当するものに✓をつけて、1か月の回数を記入してください。

- 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか。(回数)
- 実際になかったことをあったように言うことがありますか。(回数)
- 昼夜が逆転していることがありますか。(回数)
- 暴言や暴行がありますか。(回数)
- 介護に抵抗または拒絶することがありますか。(回数)
- 目的もなく歩き回ったり、外出したりすることがありますか。(回数)
- ガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がありますか。(回数)
- 不潔行為(排泄物をもてあそぶ、まき散らすなど)がありますか。(回数)
- 食べ物でない物を食べたり、食べようとしたりすることがありますか。(回数)
- 繰り返し同じような発言をしたり、行動したりすることがありますか。(回数)
- 周りが迷惑するような性的な問題行為がありますか。(回数)

◆身体の状態◆

・申請者の利き腕は 右 左 身長 _____ cm 体重 _____ kg (おおよそで結構です。)

- ・6か月前に比べ、体重に増減はありますか。【増加傾向 変わらない 減少傾向】
- ・手、足、指などに欠損はありますか。【ない ある(部位:)】
- ・麻痺や筋力の低下はありますか。【ない ある(部位:)】
- ・動きの悪い関節はありますか。【ない ある(部位:)】
- ・関節の痛みはありますか。【ない ある(部位:)】
- ・自分の意思ではない体の動き(振えなど)はありますか。【ない ある(部位:)】
- ・床ずれ(褥創)がありますか。【ない ある(部位:)】
- ・床ずれ以外に介護に支障のある皮膚疾患はありますか。【ない ある(部位:)】
- ・感染症はありますか。【ない B型肝炎 C型肝炎 梅毒
その他の感染症()】

◆生活機能◆

- ・屋外を歩けますか。 【 歩ける 介助があれば歩ける していない 】
- ・車いすは使用していますか。 【 使用していない 自分で操作 他人が操作 】
- ・歩行補助具・装具は使用していますか。 【 使用していない 屋外で使用 屋内で使用 】
- ・尿や便をもらすことがありますか。 【 ない ある 時々ある 】
- ・よく転ぶことがありますか。 【 ない ある 時々ある 】

◆栄養・食生活◆

- ・食事は自分で食べる事ができますか。 【 できる 何とかできる できない 】
- ・自分でできない時はどうしていますか。 【 全介助 胃瘻（いろう）や点滴など 】

◆その他◆

- ・現在、困っていることがあればご記入ください。

--

- ・現在、どのようなサービスを利用されていますか。 今後は、どのようなサービスを希望しますか。

現在、利用中のサービス内容

今後、利用したいサービス内容

- ・世帯構成を教えてください。 【 ひとり暮らし 家族など同居 その他（施設入居含む） 】
- ・世帯構成、または、住環境に特筆すべき点があれば教えてください。

--

- ・介護保険で福祉用具貸与が必要ですか。 【不要 必要】
- ・必要と答えた方は、どのような福祉用具貸与を希望されますか。
車椅子 特殊寝台（介護用ベッド） その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

