

## 介護保険主治医意見書用問診票

(ふりがな)		男 女	記入者 氏名		続 柄
申請者氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		連絡先	( ) -	

基1. ケアプランを依頼している事業者名をご記入ください。(事業者名: )

基2. 介護保険の認定を受けていますか。

- いない  要支援1  要支援2  
 要介護1  要介護2  要介護3  要介護4  要介護5

基3. 介護保険を申請した主な理由は何ですか。  手足が不自由  寝たきり  もの忘れ  その他  
(※その他の理由: )

基4. 他の先生(医師・医院)にかかっていますか。

- いる  いない

(『いる』にチェックをされた方) 診療科は何ですか。

- 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  リハビリ科  歯科  その他( 科)

## [1] 傷病に関する意見

1-1. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか。  ある  ない

(『ある』にチェックをされた方) どのような病名または病状ですか。

- ・病名または病状( ) : 発症年月日( 年 月 日 頃)  
・病名または病状( ) : 発症年月日( 年 月 日 頃)  
・病名または病状( ) : 発症年月日( 年 月 日 頃)

1-2. 患者さんの状態は6ヶ月前と比べて変わりましたか。  変わった  変わっていない

(『変わった』にチェックをされた方)、どのような点が変わりましたか。

## [2] 特別な医療

2-1. 過去2週間以内に疼痛の看護や、褥瘡の処置などを受けましたか。  ある  ない

## [3] 心身の状態に関する意見

3-1. からだの不自由なところがありますか。あてはまるところに・印をつけてください。

- からだの不自由なところはまったくない。  
 からだが多少不自由であるが、バスやタクシーを使って一人で外出できる。  
 からだが不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる。  
 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。  
 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中では横になっていることが多い。  
 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。  
 車いずに乗り降りするのも一人ではむずかしい。すわっていることはできる。  
 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる。  
 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えで人の手がかかり、寝返りも打てない。

3-2. もの忘れの状況についておたずねします。次の症状のうち、あてはまるところに・印をつけてください。

- もの忘れはない。  
 もの忘れなど、少し精神面でのおとろえはあるが、一応一人でも生活できる。  
 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりをまちがえたりする。  
 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができない。  
 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある。  
 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる。  
 昼も夜も目が離せず、家族がおちついて眠ることもできない。  
 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。

**3-3. 理解したり、記憶したりすることについておたずねします。**

- (1)もの忘れはありますか？  いいえ  はい
- (2)日常生活でものごとを自分で決める(判断する)ことができますか？  
 できる  だいたいできる  あまりできない  まったくできない
- (3)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？  
 伝わる  だいたい伝わる  あまり伝わらない  まったく伝わらない

**3-4. 日常の生活で問題となる行動についておたずねします。**

- ・実際にはいない人や、虫、動物などがみえると言うことがありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言うことがありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言う事がありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・介護する人などに暴言をはくことがありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・介護する人などに暴力をふるうことがありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・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？ (  ある  時々  ない )
- ・目的もなく出歩き、迷子になったりする事がありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・便をこねたり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べる事がありますか？ (  ある  時々  ない )
- ・性的問題行動がありますか？ (  ある  時々  ない )

※具体的な問題点がございましたら、『設問5-3』に記入して下さい。

**3-5. 身体の状態についておたずねします。**

・きき腕(右・左) ・身長( )cm ・体重( )kg ・過去6ヶ月の体重変化( 増えた ・ 変わらない ・ 減った )

**[4]生活機能とサービスに関する意見**

**4-1. 現在の介護の様子をおたずねします。**

- ・自宅での歩行は一人でできますか？ (  できる ・  なんとかできる ・  できない )
- ・屋外での歩行はできますか？ (  一人でできる ・  介助があればできる ・  できない )
- ・自分でベッドから椅子や車椅子などに乗り移れますか？ (  できる ・  できない )
- ・車椅子を使用していますか？ (  使用していない ・  自分で操作できる ・  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 ・  屋内で使用 ・  屋外で使用 )
- ・調理をすることはできますか？ (  できる ・  何とかできる ・  できない )
- ・現在の栄養状態はどうか？ (  良好 ・  不良 )
- ・食事を自分で食べたり、後片付けはできますか？ (  できる ・  何とかできる ・  できない )
- ・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 )
- ・一人で入浴ができますか？ (  できる ・  一部はできる ・  できない )
- ・一人で排尿・排便ができますか？ (  できる ・  一部はできる ・  できない )
- ・失禁対策は必要ですか？ (  不要 ・  尿漏れ下着 ・  おむつ )
- ・自分で掃除・洗濯(干したり、たたむこと)はできますか？ (  できる ・  何とかできる ・  できない )
- ・自分で買物はできますか？ (  できる ・  何とかできる ・  できない )
- ・自分で薬・金銭の管理ができますか？ (  できる ・  何とかできる ・  できない )

**4-2. 現在ある状況すべてにチェックして下さい。**

尿をもらす  家に閉じこもる  食欲がない  のみ込みにくい  痛みがある  床ずれ(褥瘡)がある

**4-3 お口に関する事についてお聞きします。あるものにチェックしてください。(複数可)**

口臭  食事時間がかかる(30分以上)  口腔乾燥  言葉が不明瞭  よだれがよく出る  
 むせることがある  歯磨きや入れ歯の洗浄が自分でできない

**[5]その他(特記すべき事項)**

**5-1. どのような方法で来院されましたか？**

電車  バス  自動車  バイク  自転車  徒歩<sup>\*</sup>  その他( )  
※徒歩の場合の付き添いは？  不要  時々必要  いつも必要(付き添い: 家族 [ ]・ヘルパー)

**5-2. 利用したいサービスはありますか？**

ヘルパーの訪問  通所介護(デイサービス)  通所リハ(デイケア)  病院や施設に何日か泊まる  訪問入浴  
◎多職種の訪問(  医師  看護師  歯科医師  歯科衛生士  薬剤師  訪問リハ  その他[ ])

**5-3. その他、希望することや困っていることがありましたら、内容を具体的に記入して下さい。**