

介護保険主治医意見書問診票【くしもと町立病院】

記入日 年 月 日

「主治医意見書」を作成するため、患者様の状態をより正確に把握するための問診票です。ご協力をお願いします。

申請者（患者）本人氏名 _____ 男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日
住 所 _____ 問診票記載者 _____ 本人との関係 _____

1 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 ・ ひどいもの忘れ ・ その他(_____)

2 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

(病名・症状) (病院・診療所名・診療科名) (いつ頃から)

(1) _____

(2) _____

3 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？ ある・ない

(病名・手術名など) (いつ頃)

(1) _____ 昭和・平成 年 月頃 ・ 不明

(2) _____ 昭和・平成 年 月頃 ・ 不明

4 ご本人の状態は、6ヶ月前と比べてどうですか？ 安定している ・ 不安定

不安定の場合、どのような点が不安定ですか？ _____

5 身体的な日常生活の様子についてお聞きします。1つ選んで□に「レ」を付して下さい。

【正 常】 日常生活上支障はない（正常）

【自立歩行】 交通機関を利用して外出できる（杖を使い外出できれば該当します）（J 1）

隣近所なら外出できる（杖を使い外出できれば該当します）（J 2）

【介助歩行】 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活している（A 1）

外出の頻度は少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている（A 2）

【車椅子生活】 自分一人で車椅子に乗り移ることができ、食事、排泄はベットから離れて行う（B 1）

介助がなければ車椅子に乗り移ることができない（B 2）

【寝たきり・ 排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてる（C 1）

生活】 生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない（C 2）

6 もの忘れ状態など 精神的な日常生活の様子についてお聞きします。1つ選んで□に「レ」を付して下さい。

特に支障になることはない（正常）

もの忘れも見受けられるが日常生活上の支障はない（I）

道に迷う、買物や金銭管理などで今まで出来ていたことにミスが目立つようになってきた（II a）

服薬管理ができない、電話や訪問者の対応ができず、一人で留守番ができない（II b）

一人で着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。用事がないのに動き回ったり、日常生活に困難があり介助を要する。日中を中心に症状が出ている（III a）

一人で着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。用事がないのに動き回ったり、日常生活に困難があり介助を要する。夜間を中心に症状が出ている（III b）

著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目を離すことができない（V I）

せん妄・妄想・興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする（M）

7 理解や記憶についてお聞きします。○を付けてください。

前回の食事のことを覚えていますか？ 覚えている・覚えていない・食べたことも忘れて
自分一人の判断や意志で行動できますか？ できる・多少困難・見守りが必要・できない
自分の要求や意志を相手に伝えられますか？ できる・多少困難・具体的要求のみ・できない

8 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。○を付けてください。

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・時々・ない
実際に無かったことをあったかのように言うことがありますか？
(例えば、お金や物が取られたとかなくなった等) ある・時々・ない
昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出すことがありますか？ ある・時々・ない
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・時々・ない
介護に抵抗したり、拒否したりすることがありますか？ ある・時々・ない
目的なく動き回ったり、外出したり(徘徊)することがありますか？ ある・時々・ない
タバコの火やガスコンロの消し忘れなどの火の不始末がありますか？ ある・時々・ない
便などを触ったり、まき散らかしたりすることがありますか？ ある・時々・ない
食べられないものを食べたりすることがありますか？ ある・時々・ない

9 身体の様子についてお聞きします。

利き腕はどちらですか？ 右・左
身長 cm、 体重 kg (おおよその数値で結構です)
最近6箇月間の体重の変化はどうか？ 増加・維持・減少
手・足・指などに欠損がありますか？ ある(部位)・ない
麻痺により、不自由なところがありますか？ ある(部位)・ない
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
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
関節の痛みがありますか？ ある(部位)・ない
話すことはスムーズにできますか？ できる・できない
自分の意志に反した体の動き(ふるえ)がありますか？ ある・ない
床ずれがありますか？ ある(部位)・ない
皮膚病がありますか？ ある(部位)・ない

10 現在の介護の様子についてお聞きします。○を付けてください。

自宅で一人の歩行はできますか？ できる・できない
車椅子を使っていますか？ 使っていない・主に自分で操作している・他者が操作している
杖や下肢装具を使っていますか？ 使っていない・屋外で使っている・屋内で使っている
食事は自分で食べられますか？ できる・なんとかできる・できない
食べ物の量が減りましたか？ 変化なし・減少

11 現在ある状況すべてにチェックを付けてください。

尿をもらす 転倒骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能低下 家に閉じこもる
 意欲がない 徘徊 食欲がない 飲み込みにくい 脱水症状 体に痛みがある

12 希望することや困っていることがあれば記入してください。

.....
.....
.....
.....