

記入例

介護保険 主治医意見書問診票 [御前崎市]

記入日：令和3年 4月 10日

これは、介護保険申請した被保険者さん御本人の状態を、より正確に主治医へお伝えするための問診票です。お手数ですが以下の質問にお答えください。（御本人または御家族が、お答えになれる範囲で結構です。）
御記入後は申請書と一緒に御前崎市役所高齢者支援課へ提出してください。

被保険者氏名	御前崎 太郎	Ⓜ・女	生年月日	大・昭 3年 3月 3日(93歳)	
記入者氏名	白羽 花子	被保険者からみた続柄	長女	電話番号	1234-56-7890
ケアマネジャーを頼んでいますか？ (事業所がわかれば記入してください)		<input checked="" type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり [事業所名]			

1. 介護保険の認定を受けていますか？

初めて / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5

2. 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 ひどい物忘れ その他 []

3. 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・診療所および診療科名	いつ頃から
脳梗塞	市立御前崎総合病院	昭和・平成・令和 3年 1月頃・不明
糖尿病	市立御前崎総合病院	昭和・平成・令和 年 月頃・不明

4. 今までに大きな病気にかかったこと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
左大腿骨頸部骨折	昭和・平成・令和 2年 2月頃・不明
右大腿骨転子部骨折	昭和(平成)令和 30年 3月頃・不明

5. 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
 どんな点が不安定ですか？
 歩行が不安定で車椅子を使うようになった。

6. 身体的な日常生活の様子についてお聞きします。1つだけ選んで に印を付けてください。

右の項目から1つだけ選んで <input type="checkbox"/> に印をつけてください。	正常	<input type="checkbox"/> 自立 日常生活上の支障はない。	※ 杖を使っても、一人で外出ができればここに該当します。
	自立歩行	<input type="checkbox"/> J1 自分で(交通機関等を利用して)外出できる。	
		<input type="checkbox"/> J2 隣近所なら一人で外出できる。	
	介助歩行	<input type="checkbox"/> A1 介助により外出し、日中は起きて(ほとんどベッドから離れて)生活している。	
		<input type="checkbox"/> A2 外出の頻度が少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている。	
	車椅子生活	<input type="checkbox"/> B1 自分ひとりで車椅子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 checked="" type="checkbox"/> B2 介助がなければ車椅子に乗り移ることができない。	
寝たきり生活	<input type="checkbox"/> C1 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。		
	<input type="checkbox"/> C2 生活全般に介助を要する。自力で寝返りがうてない。		

7. 精神的(もの忘れの状態など)な日常生活についてお聞きします。1つだけ選んで に印を付けてください。

右の項目から1つだけ選んで <input type="checkbox"/> に印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 自立	特に支障になるようなことはない。
	<input type="checkbox"/> I	話がよくどくなり、もの忘れも見受けられるが、生活上の支障はない。
	<input type="checkbox"/> II a	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"/> II b	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 checked="" type="checkbox"/> III a	一人で着替え、食事、排便、排尿がうまくできず時間がかかる。用事もないのに動き回ったり、食べられない物を口に入れたり、大声や奇声をあげたり、注意しても理解できないことがある。
	<input type="checkbox"/> III b	上記の状態が週1回以上あり、また、夜間に多くあり、注意しても理解できない。
<input type="checkbox"/> IV	著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。	

↓ 裏面もご記入ください ↓

8. 理解や記憶についてお聞きします。 (※ 以下、該当する項目を選んで□に印をつけてください。)

・ 前回の食事のことを覚えていますか？ □ 何を食べたか覚えている □ 内容は覚えていないが食べたことは覚えている <input checked="" type="checkbox"/> 食べたことも忘れることがある
・ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 見守る必要あり □ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 具体的要求のみ □ できない

9. 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。

・ 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ 実際には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？ (例えば、お金や取られたとか、大切な物がなくなった など) □ ある ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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？ <input checked="" type="checkbox"/> ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ 便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ 本来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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない

10. 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？(健康なとき) <input checked="" type="checkbox"/> 右 □ 左
・ 身長(160 cm)、体重(51 kg)・最近6ヶ月間の体重の変化 □ 増加 ・ □ 維持 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 減少
・ 手、足、指などに欠損がありますか？ □ ある [部位:] <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ 麻痺により、不自由なところがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> ある [部位: 左腕、左脚] □ ない
・ 筋力の低下により、不自由なところがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> ある [部位: 両脚] □ ない
・ 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> ある [部位: 両膝] □ ない
・ 関節の痛みがありますか？ □ ある [部位:] <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ 会話はスムーズにできますか？ <input checked="" type="checkbox"/> できる □ できない
・ 自分の意志に反した体の動き(ふるえ等)がありますか？ □ ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
・ 床ずれ(じょくそう)がありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> ある [部位: お尻] □ ない
・ その他の皮膚の疾患がありますか？ □ ある [部位:] <input checked="" type="checkbox"/> ない

11. 現在の介護の様子をお聞きします。

・ 屋外で歩いていますか？ □ 歩いている □ 介助があれば歩いている <input checked="" type="checkbox"/> 歩いていない
・ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 主に他人が操作している
・ 杖や下肢装具を使っていますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 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？ <input checked="" type="checkbox"/> できる □ 何とかできる □ できない
・ 健康なときに比べて食事の量が減っていますか？ □ 変わらない □ 3分の2程度 <input checked="" type="checkbox"/> 半分以下
・ 一人で着替えができますか？ □ できる □ 一部はできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
・ 一人で入浴ができますか？ □ できる □ 一部はできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
・ 一人で排泄(小便・大便)ができますか？ □ できる □ 一部はできる <input checked="" type="checkbox"/> できない
・ 薬・金銭の管理が自分でできますか？ □ できる □ 何とかできる <input checked="" type="checkbox"/> できない

12. 現在ある状況のすべてにチェックをつけて下さい。

尿をもらす □ 家に閉じこもる □ 意欲がない □ 食事を飲み込みにくい □ 体に痛みがある

13. 利用したいサービスのすべてにチェックをつけて下さい。

□ 訪問看護 □ ヘルパー派遣(訪問介護) □ 介護職員の訪問による相談と支援 □ 入浴サービス
 ショートステイ(施設での短期間の入所介護) デイサービス(施設での日帰り介護)
 デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) 福祉用具の貸与や購入 住宅改修
 □ 配食サービス □ 施設入所 □ その他[]

14. 【必ず記入してください】 困っていることや希望することを記入。

※ 特に、認知症などで問題行動がある場合には、困っている内容を具体的に記入してください。

歩行が不安定なのに一人でベッドから降りてトイレに行こうとするので病院職員が対応に困っている。