

介護保険「主治医意見書作成参考用」問診票

本人	ふりがな		住所			
	氏名		〒			
	性別	男 ・ 女		電話		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和		年 月 日 (歳)		
記入者	氏名		本人との関係		記入日	年 月 日

介護保険の認定を受けていますか？ にレ点をつけて下さい。

申請中 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

① 現在のお体の状況について

利き腕	身長	体重	半年前と比べて体重の変化
右 ・ 左	cm	Kg	増えた ・ 減った ・ 変わらない
当てはまる <input type="checkbox"/> にレ点をつけてください。			
<input type="checkbox"/>	特に問題なく健康です。		
<input type="checkbox"/>	自宅では一人で生活していますが、外出するときは付き添いが必要です。		
<input type="checkbox"/>	食事やトイレは自分でできますが、日中はベッドで過ごすことが多く生活全般に手助けが必要です。		
<input type="checkbox"/>	病気や体力の低下はありますが、タクシーやバスを利用して一人で外出できます。		
<input type="checkbox"/>	一日中ベッドで過ごし食事やトイレ、生活全般に手助けが必要で、寝返りも手伝ってもらっています。		
<input type="checkbox"/>	体力的に多少不自由なところはありますが、隣近所は歩いて外出しています。		
<input type="checkbox"/>	外出することがなく、日中も寝たり起きたりしています。		
<input type="checkbox"/>	一日中ベッドで過ごし食事やトイレ、生活全般に手助けが必要ですが、寝返りはできます。		
<input type="checkbox"/>	自宅での生活に手助けが必要ですが、食事やトイレは人の手を借りずに出来ます。		
<input type="checkbox"/> 手足の中で痛みや動きにくい部分がある。(箇所を記入して、当てはまるところに○をつけて下さい)			
箇所 () 症状 (痛み・しびれ・震え・麻痺・筋力低下・その他)			
<input type="checkbox"/> 床ずれ(褥瘡)や湿疹等の皮膚の病気がある			
箇所 () 症状 (床ずれ・湿疹・その他)			
<input type="checkbox"/> 屋外での歩行 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)			
<input type="checkbox"/> 車椅子の使用 (なし・あり) → ありの場合 (一部介助 ・ 全介助)			
<input type="checkbox"/> 杖やシルバーカー、歩行器の使用 (なし・あり)			
→ ありの場合 (屋外で使用 ・ 屋内で使用 ・ 屋内外で使用)			
<input type="checkbox"/> 食事の摂取 (自分でできる ・ 一部介助 ・ 全介助)			
<input type="checkbox"/> 飲みにくさや、むせがある (ない ・ 時々ある ・ よくある)			
<input type="checkbox"/> 尿の失禁 (失禁がある ・ 失禁はない)			
主治医以外で、病院にかかっていますか？病院名 ()			
傷病名 ()			
今までかかった病気や手術歴など (病名、手術歴)			

② 現在の物忘れや認知症の症状について

<input type="checkbox"/> 精神症状や認知の症状が常にあり、家族の手に負えない状態です。
<input type="checkbox"/> 認知症の症状はありません。
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があって、日中誰かの手助けが必要です。(着替え、食事、排泄がうまくできない等)
<input type="checkbox"/> 昼夜問わず目が離せず、家族は落ち着いて眠ることも出来ません。
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があって、夜間家族を起こすことが度々あります。
<input type="checkbox"/> 時々物忘れもありますが、歳相応で、特に問題なく生活しています。
<input type="checkbox"/> 薬を飲み忘れたり、電話で話したことや、来客があったことを忘れてしまいます。
<input type="checkbox"/> 外出をすると、時々道に迷ったり、買い物でお金を間違えたりすることがあります。

③ 気になる行動はありませんか？ (ご本人の状態を把握している方がチェックしてください)

該当する <input type="checkbox"/> にレ点をつけてください	頻度(一日に3回、週に4回など)
<input type="checkbox"/> 見えないものが見える、聞こえないものが聞こえる	
<input type="checkbox"/> 物のしまい場所を忘れ、見つからないことを他人のせいにする	
<input type="checkbox"/> 夜間眠れずに日中の活動に影響がある	
<input type="checkbox"/> 眠ってばかりいる、というようなことがある	
<input type="checkbox"/> 5分10分前のことも忘れてしまう	
<input type="checkbox"/> 理由もないのに気分がふさぐ。外出をしたがらない	
<input type="checkbox"/> 身だしなみに無関心である	
<input type="checkbox"/> 左右やドアの開け方が分からないようなことがある	
<input type="checkbox"/> 日付、時刻、居場所、身近な人の認識が出来ない。出来ることと、出来ないことが自分で理解できない	
<input type="checkbox"/> 自分の意思が相手に充分伝えられない	
<input type="checkbox"/> 同じ話を無意識に繰り返す	
<input type="checkbox"/> 書けるはずの簡単な字などが書けなくなる	
<input type="checkbox"/> 火の不始末や管理、調理ができない	
<input type="checkbox"/> 目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない	
<input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れたり、家族の顔がわからない	
<input type="checkbox"/> 介護をする介護者に対して抵抗する	
<input type="checkbox"/> 大声を出す、暴力的な発言や、暴力を振るう	
<input type="checkbox"/> 精神的な混乱、錯覚、興奮等が急激かつ不安定に出現する	
<input type="checkbox"/> 食べられないものを食べたり、口に入れてしまう	
<input type="checkbox"/> 周りが迷惑するような性的行動がある	

④ 現在、生活や介護を行う上で、困っていることがありましたらご記入ください。

--