

主治医意見書記載のための問診票

* 新規申請で在宅の方、変更申請で入院中以外の方、更新申請で以前意見書を依頼した主治医から主治医が変わった方及び入院中・施設入所中で入院先・施設の提携病院以外に意見書を初めて依頼する方はご記入ください。
この問診票は介護保険の主治医意見書記載の参考とするもので、他の目的に使用するものではありません。
本人が記載できない場合には、家族の方や介護者の方がご記入ください。

年 月 日記入

意見書	申請者 本人氏名	記入者名	本人と の続柄
3(5)	(1) 身長 <u> </u> cm、 体重 <u> </u> kg 半年間で体重が 増えた・減った・変わらない 利き腕は (右・左)		
1(1)	(2) 現在、継続して診察 (往診をふくむ)、内服などの治療、理学療法を受けている病院、医院を記載してください (診療科名も記載してください)		
	病院・医院、診療科名	病 名	発症年月日
	①		
	②		
1(1)	(3) 今までに本人がかかった病気(入院や手術、長期治療を要した病気等)と発症時期を記載してください。		
	病院・医院、診療科名	病 名	発症年月日
	1		
3(1)	(4) 日常生活状況について当てはまるものを、どれか一つにチェックをお願いします。		
	<input type="checkbox"/> 日常生活においてすべて自立している。(自立) <input type="checkbox"/> 交通機関を利用して外出できる。(J1) <input type="checkbox"/> 隣近所であれば外出できる。(J2) <input type="checkbox"/> 介助があれば外出でき、日中はベッドから離れて生活している。(A1) <input type="checkbox"/> あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。(A2) <input type="checkbox"/> 日中は寝たり起きたりの生活をしているが、車椅子等に一人で移動できる。(B1) <input type="checkbox"/> 日中は寝たり起きたりの生活で、車椅子等に移動するのも介助が必要。(B2) <input type="checkbox"/> 一日中寝たきりだが、自力で寝返りを打つことができる。(C1) <input type="checkbox"/> 一日中寝たきりで、自力で寝返りをうつことができない。(C2)		
3(1)	(5) 生活の状況(認知面)について当てはまるものを、どれか一つにチェックをお願いします。		
	<input type="checkbox"/> 物忘れ等の認知症はみられない。(自立) <input type="checkbox"/> 何らかの認知症状はあるものの、日常生活(食事、着替え、トイレなど)はほぼ自立している。(I) <input type="checkbox"/> 道に迷う、買い物でお釣りを間違えるなど家庭外でみられるが、誰かが注意していれば自立できる。(II a) <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ、電話の対応ができないなど家庭内でもみられるが、誰かが注意していれば自立できる。(II b) <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排泄が上手にできない、徘徊などの認知症状が日中を中心に見られ、介護を必要とする。(III a) <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排泄が上手にできない、徘徊などの認知症状が夜間を中心に見られ、介護を必要とする。(III b) <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排泄が上手にできない、徘徊などの認知症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。(IV) <input type="checkbox"/> 認知症状が著しく、精神科などの専門科に受診している。(M)		
以下は最近1ヶ月の状況でご回答ください。*該当する項目に○印をつけてください。			
3(2)	(6) 直前のことを、すぐに忘れてしまうことがよくありますか?	1.はい 2.いいえ	
3(2)	(7) 日常生活で、ものごとを自分で判断することができますか?	1. できる 2. 慣れていることは判断できるが、新しいことは困難 3. 毎日のことでも合図や見守りが必要 4. 全く判断できない	

3(2)	(8)自分のしてほしいこと、してほしくないことは、きちんと伝えられますか？	1. 伝えられる 2. だいたい伝わるが、時間がかかる 3. ときどき伝えられるが食事、排泄など基本的な要求に限られる 4. 全く伝えられない
3(3)	(9) 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？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(10) 事実にはないような作り話を周囲に言いふらすことがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(11) 昼間は寝ていて、夜になると寝ないで動きまわったりすることがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(12) 家族が困るような暴言をはいたり、暴力的行為をすることがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(13) 食事、排泄、入浴など日常生活に対する介護を拒絶したり抵抗する事がありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(14) 目的もなく動きまわったり、一人で外に出たがるために目が離せなくなるがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(15) ガスの火やタバコの消し忘れ等、火の不始末などがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(16) 排便や排尿後に排泄物に触れたり、汚れた下着を隠したりすることがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(17) 食べられない物を口にしたり、食べてしまうことがありますか？	1. はい 2. いいえ
3(3)	(18) 家族や周囲の人が困るような性的な行動や行為がありますか？	1. はい 2. いいえ
3(4)	(19) 自分のいる所がわからなくなったり、時間の感覚がわからなくなったりすることはありますか？	1. はい 2. いいえ
3(5)	(20) 切断などで手・足・指が失われている部分がありますか？	1. ある 部位() 2. ない
3(5)	(21) 顔、手、足で麻痺している所がありますか？	1. ある 部位() 2. ない
3(5)	(22) 関節が硬くなって、動きにくいところがありますか？	1. ある 部位() 2. ない
3(5)	(23) 手足などふるえて思うように動かないところがありますか？	1. ある 部位() 2. ない
3(5)	(24) 床ずれ（じょくそう）がありますか？	1. ある 部位() 2. ない
4(1)	(25) 屋外での歩行は誰かの介助が必要ですか？	1. はい 2. いいえ
4(1)	(26) 杖やシルバーカー、装具等をつかっていますか？	1. はい 2. いいえ
4(2)	(27) 食事は自分で食べられますか？	1. はい 2. いいえ
4(2)	(28) 食事は毎日3食しっかりと食べていますか？	1. はい 2. いいえ
4(3)	(29) 尿、便をもらすことはありますか？	1. はい 2. いいえ
4(3)	(30) 飲食物をむせることなく、スムーズに飲み込めますか？	1. はい 2. いいえ
	(31) その他、介護に関して困っている事、希望する事があれば記載してください。	