

介護保険の要介護認定・要支援認定を申請される方へ(問診票記入のお願い)

- この問診票は、介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。日頃のご様子や状態をわかる範囲でお答えください。
- 質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。わかる質問のみご記入のうえ、できるだけ早く主治医(かかりつけ医)にご提出ください。
- 必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。
- 問診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

大阪府・大阪府医師会

主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

わかる質問のみご記入ください。質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。
□には、レ印をお願いします。

申請者本人(認定を受けられる方)のお名前		問診票を書いていただく方のお名前 (申請者本人の場合は記入不要です)	
ふりがな		ふりがな	
氏名 (□男 □女)		氏名	
生年月日 明・大・昭 年 月 日生		本人との続柄 □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他()	
電 話 - -		電 話 - -	
同居家族の有無	□同居なし ・ □同居あり → □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他()		
ケアプランを依頼しているところがあればご記入ください	事業所名	電 話	- -

今回の介護保険申請について教えてください。 (更新・区分変更の場合は、現在の介護度を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ↓ 現在の介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの進行 <input type="checkbox"/> その他()
現在、他に治療を受けている病院・診療所はありますか？	病院・診療所名 () ()
診 療 科 目(わかれば記入ください)	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()科	

1 傷病について

主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名 おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()
上記のほかに、今までにかかった大きな病気などについて記入してください。	おおよその年月だけでも構いません・ いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()
病気の名前(例えば、骨折、心臓発作(しんぞうほっさ)、喘息(ぜんそく)など)、手術をしたかどうかなど	いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()

次の3-(1)、3-(2)、3-(3)、3-(4)の質問は、物忘れの程度などを判断するうえでの重要な内容です。答えられる範囲でご記入ください。

3-(1) 日常生活の状態について

日常生活の状態についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。		
<input type="checkbox"/>	からだの不自由さはありません。	
<input type="checkbox"/>	少しからだは不自由ですが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できます。	
<input type="checkbox"/>	1. 電車、バスを利用して出かけることができます。	J1
<input type="checkbox"/>	2. とおり近所へなら外出できます。	J2
<input type="checkbox"/>	家の中では、おおむね自立していますが、一人では外出できません。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中はベッド・布団(ふとん)から出て生活し、誰かと一緒であれば外出できます。	A1
<input type="checkbox"/>	2. 日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しません。	A2
<input type="checkbox"/>	家の中の生活でも誰かの手助けが必要で、ベッドの上で過ごす時間は長いもの座ることができます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自ら車椅子(くるまいす)に乗り、食事、排泄(はいせつ)はベッドから離れて行きます。	B1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと車椅子(くるまいす)に乗ることができません。	B2
<input type="checkbox"/>	一日中ベッドの上で生活し、食事、排泄(はいせつ)、着替えの時に手助けがいらいます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自分の力で、寝返(ねがえ)りをうつことができます。	C1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと、寝返(ねがえ)りもできません。	C2

物忘れの程度についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。		
<input type="checkbox"/>	物忘れはありません。	
<input type="checkbox"/>	少し物忘れがありますが、日常生活は、ほぼ自立して生活しています。	I
<input type="checkbox"/>	物忘れが多少進んでいますが、誰かが注意しておれば、生活できます。	
<input type="checkbox"/>	1. たびたび道に迷い、お金の計算や買い物にミスが目立ちます。	II a
<input type="checkbox"/>	2. 薬の飲み方を間違えたりします。一人で電話番号(でんわばん)や留守番(るすばん)はできません。	II b
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障をきたすような症状や行いが時々みられ、思っていることが伝わらず、介護が必要です。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中を中心として、時々、日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。 (例) 着替え、食事、排便(はいべん)、排尿(はいによ)が上手にできないか、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊(はいかい)、失禁(しっきん)、大声、奇声をあげる、火の不始末(ふしまつ)、不潔行為(ふけつこうい)、性的異常行為等がある。	III a
<input type="checkbox"/>	2. 夜間を中心として、時々、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。	III b
<input type="checkbox"/>	日中も夜間も、頻繁(ひんぱん)に、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られ、常に介護が必要です。	IV
<input type="checkbox"/>	専門的医療(せんもんてきいりょう)を必要とする著(いちじる)しい精神症状や困った行動、重篤(じゅうとく)な身体疾患(しんたいしっかん)が見られます。	M

3-(2) 理解や記憶について

つい先程のことをすぐ忘れてしまうことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことができますか？	<input type="checkbox"/> 決めることができる <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)以外は多少の困難がある <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)にも見守りが必要 <input type="checkbox"/> 決めることがほとんどできない
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？	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたいは伝えられるが多少の困難がある <input type="checkbox"/> 時々は伝えられるが飲食・排泄(はいせつ)など基本的なことに限られる <input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない

3-(3) 日常生活で困っている行動について

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
2	実際にはなかった事をあつたように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
4	今までになかったような暴言(ぼうげん)をはくことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
5	介護者に暴行(ぼうこう)を加えることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	介護に抵抗(ていこう)または拒否(きよひ)することがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	外出して帰れなくなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
8	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末(ふしまつ)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
9	排便(はいべん)後などに、便や尿に触(さわ)ったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
10	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
11	まわりが迷惑するような性的な行動がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
1から11までの質問の他に困っている行動がありますか？		<input type="checkbox"/> ある()	<input type="checkbox"/> ない

3-(4) 精神・神経症状について

精神科(せいしんか)・神経科(しんけいか)・心療内科(しんりょうないか)にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> かかっている <input type="checkbox"/> かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

3-(5) 身体の状態について

利き腕(ききうで)はどちらですか？	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き
身長と体重は？(測(はか)れないときはおおよそで結構です)	身長	cm 体重 kg
最近6ヶ月で体重の増減(ぞうげん)がありますか？	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減った
手・足・指等に欠損(けっそん)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足やその他で麻痺(まひ)しているところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足やその他で筋力(きんりよく)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足の関節部(かんせつぶ)で硬くなって動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足の関節部(かんせつぶ)で痛いところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足のふるえなど、自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面(がめん)がけいれんするなど)	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚(ひふ)の病気がありますか？ (例えば、体にかゆいところがあるなど)	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない

4-(1) 移動について

屋外(おくがい)を歩行できますか？	<input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 歩行できない
車いすを使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用していて自分で操作できる <input type="checkbox"/> 使用していて介助がいる
杖(つえ)、歩行器(ほこうき)、シルバーカーなどの歩行補助具(ほこうほじょぐ)や装具(そうぐ)を使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 屋外で使用している <input type="checkbox"/> 屋内で使用している

4-(2) 栄養・食生活について

食事は自分一人で行えますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない
現在の栄養状態(えいようじょうたい)は良好ですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
入れ歯を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分で歯みがきができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

4-(3) 現在の身体状況について

便や尿をもらすことがありますか？ (便意(べんい)や尿意(にょうい)がわからないことがありますか？)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
よく転んだりしますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
移動する力は低下していますか？	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> やや維持 <input type="checkbox"/> 低下
床ずれ(じょくそう)はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
息が苦しくなることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
外出せず一人で過ごすことが多いですか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
意欲(いよく)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
あてもなく歩き回るようなことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
食欲不振(しょくよくふしん)がなく食事は十分取れていますか？	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない
水分補給(すいぶんほきゅう)は十分にできていますか？	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない
風邪(かぜ)などの感染症(かんせんしょう)によくかかりますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その他何か気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない

5 その他

その他、介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。