

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	○△	○○	〒412-0042	萩原○○○	
	性別	男	・	女	電話	
	生年月日	明治	・	大正	・	昭和 10年10月10日 (81歳)
記入者	氏名	△△	本人との関係	担当 ケアマネジャー	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	170cm	64Kg	増えた・減った・変わらない

当てはまるにレ点をつけてください。

特に問題なく健康です。

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。

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。

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。

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。

体力的に多少不自由なところはあるが、隣近所は歩いて外出しています。

外出することがなく、日中も寝たり起きたりしています。

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。

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。

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(左上肢、間接(左肩、肘、手指)) 症状(痛み、しびれ、震え、麻痺、筋力低下、その他)

床ずれ(褥瘡)や湿疹等の皮膚の病気がある

箇所(仙骨周辺) 症状(床ずれ、湿疹、その他)

屋外での歩行 (自立、一部介助、全介助)

車椅子の使用 (なし、あり) → ありの場合 (一部介助、全介助)

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)

食事の摂取 (自分でできる、一部介助、全介助)

飲みにくさや、むせがある (ない、時々ある、よくある)

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(○○眼科)

傷病名(白内障)

今までかかった病気や手術歴など(病名、手術歴)

53歳のとき盲腸の手術

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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□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 checked="" 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	1日に2、3回
<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 checked="" type="checkbox"/> 自分の意思が相手に充分伝えられない	1日に2、3回
<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 checked="" type="checkbox"/> 介護をする介護者に対して抵抗する	週に2、3回
<input checked="" type="checkbox"/> 大声を出す、暴力的な発言や、暴力を振るう	週に2、3回
<input checked="" 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	週に2、3回
<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。

<ul style="list-style-type: none"> ・本人のペースを崩すと怒ってしまい手がつけられないときがある。 ・話し出したら止まらなくなり、制止も効かない。ずっとしゃべっている。 ・車椅子を自走するとき、あちこちにぶつかってアザができる。 ・仙骨周辺に褥瘡あり治療中。
--