

主治医意見書作成のための問診票

東近江医師会作成

この問診票は、介護保険のための主治医意見書を作成する際などに参考にさせていただく資料です。日頃の状況をわかる範囲で記入して、主治医意見書の記載をお願いする「かかりつけ医」に提出してください。質問の意味や答え方がわかりにくい場合は「かかりつけ医」に尋ねてください。

記載内容は過去2週間（長くとも1か月）以内の状況について記入してください。

以下、あてはまるものに☑してください

記入日：令和 年 月 日

被保険者名 (本人)		主な 介護者	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（続柄)		<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
他科受診の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
ありの場合： <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"/> 眼科			
<input type="checkbox"/> 産婦人科 <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 ()			

1. 介護保険の認定を受けていますか？

いない

いる ⇒ 介護度は、 要支援（ 1、2 ）

要介護（ 1、2、3、4、5 ）

2. 介護認定の申請をした主な理由は？

手足が不自由 もの忘れ とじこもり その他（ ）

3. 心身の状態についてお尋ねします

• からだの不自由なところがありますか？

あてはまるところに☑を付けてください。（いくつでも）

からだが不自由なところはまったくない。

からだが多少不自由であるが、交通機関をつかって一人で外出できる。

からだが多少不自由であるが、隣近所ならあるいて外出できる。

一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身の回りのことはできる。

介助してもらっても外出そのものが少ない。日中は横になっていることが多い。

車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。

車いすに乗り降りするのも一人ではむずかしい、座っていることはできる。

一日中ベッドの生活であるが、寝返りぐらいはうてる。

一日中ベッドの生活であり、食事・排泄・着替えで人の手がかかる。

寝返りもうてない。

• 認知症のすすみ具合についてお尋ねします。

あてはまるところに☑を付けてください。（いくつでも）

認知症はない。

もの忘れなど、少し精神面のおとろえはあるが、一応、一人でも生活できる。

家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりを間違えたりする。

薬を飲み忘れたり、電話や来客の対応ができない。

日中、トイレでの不始末や、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある。

夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、介護者が起こされる。

昼も夜も目が離せず、介護者がおちついて眠ることもできない。

被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。

- 理解したり、記憶したりすることについてお尋ねします。
 物の忘れはありますか？ ある ない

- 日常生活でものごとを自分で決める（判断する）ことはできますか？
 できる だいたいできる あまりできない まったくできない

- 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？
 伝えられる だいたい伝えられる
 あまりできない まったくできない

- 日々の状況についてお尋ねします。 あてはまるものすべてに☑してください。
 実際には無いものが見える。実際に聞こえない音や声が聞こえる。
 大事なものが盗まれた。他人が悪口を言っていると言ったことがある。
 昼間に寝て、夜になるとゴソゴソして動き、騒ぐことがある。
 介護する人などに、今までにないひどい言葉を吐くことがある。
 介護する人などに、暴力をふるう。
 介護されるのを拒むことがある。
 あてもなく歩き回る、帰ってこれなくなることもある。
 ガスコンロの火の消し忘れや、鍋を焦がしたことがある。
 排便の後、便にさわる、便で汚す、便で汚した下着を隠すことがある。
 紙や消しゴムなど通常食べられないものを口に入れ、食べることもある。
 周囲の人が迷惑するような性的行動がある。

4. 身体の状態についてお尋ねします

- 利き手（ 右 ・ 左 ）
- 身長（ cm） 体重（ kg）
- 半年間の体重変化は？ 増加 維持 減少（約 kg）
- 次のような症状はありますか？ あてはまるものすべてに☑をつけてください。
 手足の欠損（部位 ） 手足の麻痺（部位 ）
 筋力の低下（部位 ） 床ずれ 関節が伸びきらない
 日常生活に支障あるほどの関節の痛み（部位 ）

5. 日常生活での移動状態についてお尋ねします。

- 屋外歩行 一人でできる 介護が必要 していない
- 車いすの使用 用いていない 自分で操作 他人が操作
- 歩行補助具・装具 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

6. 栄養・食生活についてお尋ねします

- 食事の摂りかた 自分で食べる、または一部介助 全面介助
- 栄養状態 良好 不良

7. 前回の申請時と比べて介護の手間は 少なくなった 変わらない 増えた

8. ご本人の将来の希望についてお尋ねします。

(この判断が最終決定ではありません。現在、本人が思われていることを正直に書いてください。)

- 食事が口から摂れなくなった時に、胃瘻などの経管栄養を

希望する 希望しない わからない

- 病状が悪化した時に、延命治療を

希望する 希望しない わからない

- 人生の最終章はどこで過ごしたいですか？

自宅 介護施設 病院 わからない

9. その他、ご意見がありましたら下記にお書きください。