

# 介護保険主治医意見書用 問診票

【丹波市ミルネ診療所】

(注意) この問診票は、介護保険の申請書ではありません

記入日 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 ( 歳) 明・大・昭 年 月 日生  
記入者 \_\_\_\_\_ 患者との続柄 \_\_\_\_\_

◎介護保険の認定を受けていますか ☐ いない ☐ いる (介護度 )

◎他の先生 (医師・病院) にかかっていますか

☐ いない ☐ いる (病院名: 診療科名: 病名 )

◎今までにかかった大きな病気や手術など

いつ頃 ( ) 病名 ( )

◎障害高齢者の日常生活自立度 (次の状態のうち、最も近いもの1つだけにチェックを入れてください)

- 1 ☐ からだの不自由なところは全くない (自立)
- 2 ☐ からだが多少不自由であるが、バスやタクシーを使って一人で外出できる (J1)
- 3 ☐ からだが多少不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる (J2)
- 4 ☐ 一人での外出は難しいが、家の中ではだいたい身の回りのことはできる (A1)
- 5 ☐ 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中では横になっていることが多い (A2)
- 6 ☐ 車椅子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 (B1)
- 7 ☐ 車椅子に乗り降りするのも一人では難しいが、すわっていることはできる (B2)
- 8 ☐ 一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる (C1)
- 9 ☐ 一日中ベッドの生活であり、排泄、食事、着替えで人の手がかり、寝返りもうてない (C2)

◎認知高齢者の日常生活自立度 (次の状態のうち、最も近いもの1つだけにチェックを入れてください)

- 1 ☐ 認知症はない (自立)
- 2 ☐ 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 (I)
- 3 ☐ 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりをまちがえたりする (IIa)
- 4 ☐ 家の中でも薬を飲み忘れたり、電話や来客の応対ができない (IIb)
- 5 ☐ おもに日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある (IIIa)
- 6 ☐ 昼間よりも夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして家族が起こされる (IIIb)
- 7 ☐ 昼夜関係なく常に目が離せない状態だが、他に危害が及ばない (IV)
- 8 ☐ 他に危害が及ぶ危険性があり専門医療が必要。または意思疎通ができない。(M)

◎記憶や自分の意思について (各○印項目で該当するものを1つチェック)

○短期記憶

- 1 ☐ 食べたことは覚えているが、何を食べたかは忘れる程度
- 2 ☐ 食事したことも忘れるなど、つい最近の記憶がすっぱり抜ける

○お金の勘定・薬の服用・仕事の手順等の日課 (日常の意思決定を行うための認知能力)

- 1 ☐ 独りでできる
- 2 ☐ 戸惑うができる
- 3 ☐ 日課をこなすにも手助けが必要
- 4 ☐ 失語などにより、または意識レベルが低いため確認が取れない

○自分の気持ちの表現や緊急の問題等の伝達 (自分の意思の伝達能力)

- 1 ☐ 問題なく伝えられる
- 2 ☐ 復唱などにより確認すればできる
- 3 ☐ 表情の変化などで伝えられる部分もあるが限定的
- 4 ☐ 表情等でも意思を伝えることができない

◎日常生活で次のような問題となる行動がありますか (認知症の行動、心理状況)

(下記の該当すると思われるものをすべてにチェックを入れてください)

- 1 ☐ 見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえたりする
- 2 ☐ 現実にはないことを現実のここのように話す
- 3 ☐ 昼と夜の行動が逆転し、日常生活に支障がある

〈 ※次に続く 〉

- 4□介護者等を脅したり怒鳴ったりする  
 5□介護者等に手を出したり、殴りかけたりする  
 6□介護されること嫌がり抵抗する  
 7□独りで歩き回り、外に出てしまうこともある  
 8□ガスコンロやたばこの消し忘れなど火の不始末がある  
 9□排泄後に、便や尿に触ったりすることがある  
 10□ティッシュペーパーなど食べ物ではない物を口に入れる  
 11□まわりが迷惑するような性的問題行動がある  
 12□その他（ ）

◎精神科や神経内科・心療内科に通院していますか（その他の精神・神経症状）

□していない □している（病名： ）

◎身体の状態について、おたずねします

- 1 利き腕は？ □右 □左 ・身長は？（ cm） ・体重は？（ kg）  
 2 過去6ヶ月の体重の変化は？ □増えた □維持 □減った  
 3 手・足・指などに欠損はありますか？ □ない □ある（部位 （両方・右・左））  
 4 麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？ □ない □ある（部位 （両方・右・左））  
 5 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ □ない □ある（部位 （両方・右・左））  
 6 関節の痛みがありますか？ □ない □ある（部位 （両方・右・左））  
 7 自分の意思に反した身体の震えがありますか？ □ない □ある（部位 （両方・右・左））  
 8 床ずれがありますか？ □ない □ある（部位 ）  
 9 皮膚病がありますか？ □ない □ある（部位 ）

◎生活機能とサービスに関する意見

移動（各項目で該当するもの1つをチェック）

- 1・歩いて家の外に出る □一人で出られる □付き添いが必要 □していない  
 2・車いす □使っていない □自分で動かせる □押ししてもらう  
 3・歩行器や杖 □使っていない □外で使う □家の中で使う

栄養・食生活（各項目で該当するもの1つをチェック）

- 1・食事 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助  
 2・現在の栄養状態 □良好（よく食べる） □不良（食欲なく、やせてきている）

現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態と対処方針

（該当すると思われるものすべてにチェックを入れてください）

- 1□尿漏れする  
 2□よく転んだり、骨折したことがある  
 3□移動には手助けが必要、あるいは自分では動けない状態  
 4□少し歩くと息切れしたり、ぜいぜいして苦しがる  
 5□人に会うことや外に出るのを嫌がる  
 6□いろいろやる気がなくなり今までやっていたことをやらなくなった  
 7□食べなくなり、みるからにやせてきた  
 8□食事中むせたり食べこぼしたりして、上手く食べられない  
 9□口の中、舌、皮膚がカサカサ。お小水の量が少なくなってきた  
 10□すぐ熱が出る、咳や痰・できものが出る  
 11□身体のどこかに激しい痛みがある □その他（ ）

◎今後、利用してみたいサービスにチェック点をつけてください（複数可）

- 1□訪問看護 2□訪問介護（ヘルパー） 3□介護職員の訪問による相談・支援 4□入浴サービス  
 5□デイサービス（施設の日帰り介護） 6□ショートステイ（短期施設入所） 7□施設入所 8□住宅改修  
 9□デイケア（施設での日帰りリハビリ） 10□福祉用具貸与・購入 11□その他（ ）

◎特記すべき事項

その他、日常生活のうえで不便と感じていることがありましたら、何でも結構ですので記入してください

[ ]