

介護保険主治医意見書用問診票

(ふりがな)		男 女	記入者 氏名		続 柄
申請者氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		連絡先	() -	

基1. ケアプランを依頼している事業者名をご記入ください。(事業者名:)

基2. 介護保険の認定を受けていますか。

- いない 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

基3. 介護保険を申請した主な理由は何ですか。 手足が不自由 寝たきり もの忘れ その他
(※その他の理由:)

基4. 他の先生(医師・医院)にかかっていますか。

- いる いない

(『いる』にチェックをされた方) 診療科は何ですか。

- 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリ科 歯科 その他(科)

[1] 病床に関する意見

1-1. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか。 ある ない

(『ある』にチェックをされた方) どのような病名または病状ですか。

- ・病名または病状() : 発症年月日(昭和・平成 年 月 日 頃)
・病名または病状() : 発症年月日(昭和・平成 年 月 日 頃)
・病名または病状() : 発症年月日(昭和・平成 年 月 日 頃)

1-2. 患者さんの状態は6ヶ月前と比べて変わりましたか。 変わった 変わっていない

(『変わった』にチェックをされた方)、どのような点が変わりましたか。

[2] 特別な医療

2-1. 過去2週間以内に疼痛の看護や、褥瘡の処置などを受けましたか。 ある ない

[3] 心身の状態に関する意見

3-1. 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☑印をつけてください。

- からだの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、バスやタクシーを使って一人で外出できる。
 からだが不自由であるが、隣近所なら歩いて外出できる。
 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。
 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中で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。すわっていることはできる。
 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。
 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り、寝返りも打てない。

3-2. もの忘れの状況についておたずねします。次の症状のうち、あてはまるところに☑印をつけてください。

- もの忘れはない。
 もの忘れなど、少し精神面で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、買い物でおつりをまちがえたりする。
 家の中でも薬を飲み忘れたり、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。
 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。
 昼も夜も目が離せず、家族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。

3-3. 理解したり、記憶したりすることについておたずねします。

- (1)もの忘れはありますか？ いいえ はい
- (2)日常生活でものごとを自分で決める(判断する)ことができますか？
 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
- (3)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？
 伝わる だいたい伝わる あまり伝わらない まったく伝わらない

3-4. 日常生活で問題となる行動についておたずねします。

- ・実際にはいない人や、虫、動物などがみえると言うことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言うことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言う事がありますか？ (ある 時々 ない)
- ・昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・介護する人などに暴言を吐くことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・介護する人などに暴力をふるうことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？ (ある 時々 ない)
- ・目的もなく出歩き、迷子になったりする事がありますか？ (ある 時々 ない)
- ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？ (ある 時々 ない)
- ・便をこねたり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がありますか？ (ある 時々 ない)
- ・紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べる事がありますか？ (ある 時々 ない)
- ・性的問題行動がありますか？ (ある 時々 ない)

※具体的な問題点がございましたら、『設問5-3』に記入して下さい。

3-5. 身体の状態についておたずねします。

・きき腕(右・左) ・身長()cm ・体重()kg ・過去6ヶ月の体重変化(増えた・変わらない・減った)

[4]生活機能とサービスに関する意見

4-1. 現在の介護の様子をおたずねします。

- ・自宅での歩行は一人でできますか？ (できる なんとかできる できない)
- ・屋外での歩行はできますか？ (一人でできる 介助があればできる できない)
- ・自分でベッドから椅子や車椅子などに乗り移れますか？ (できる できない)
- ・車椅子を使用していますか？ (使用していない 自分で操作できる 他人が操作)
- ・歩行補助具・装具は使用していますか？ (使用していない 屋内で使用 屋外で使用)
- ・調理をすることはできますか？ (できる 何とかできる できない)
- ・現在の栄養状態はどうですか？ (良好 不良)
- ・食事を自分で食べたり、後片付けはできますか？ (できる 何とかできる できない)
- ・一人で着替えができますか？ (できる 一部はできる できない)
- ・一人で入浴ができますか？ (できる 一部はできる できない)
- ・一人で排尿・排便ができますか？ (できる 一部はできる できない)
- ・失禁対策は必要ですか？ (不要 尿漏れ下着 おむつ)
- ・自分で掃除・洗濯(干したり、たたむこと)はできますか？ (できる 何とかできる できない)
- ・自分で買物はできますか？ (できる 何とかできる できない)
- ・自分で薬・金銭の管理ができますか？ (できる 何とかできる できない)

4-2. 現在ある状況すべてにチェックして下さい。

尿をもらす 家に閉じこもる 食欲がない のみ込みにくい 痛みがある 床ずれ(褥瘡)がある

[5]その他(特記すべき事項)

5-1. どのような方法で来院されましたか？

電車 バス 自動車 バイク 自転車 徒歩※ その他()
※徒歩の場合の付き添いは？ 不要 時々必要 いつも必要(付き添い: 家族 []・ヘルパー)

5-2. 利用したいサービスはありますか？

ヘルパーの訪問 通所介護(デイサービス) 通所リハ(デイケア) 病院や施設に何日か泊まる 訪問入浴
◎多職種の訪問(医師 看護師 歯科医師 歯科衛生士 薬剤師 訪問リハ その他[])

5-3. その他、希望することや困っていることがありましたら、内容を具体的に記入して下さい。

<hr/> <hr/> <hr/>

※記憶力のテスト(長谷川式)にご協力ください。