

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お答えください。
- 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。

医仁会武田総合病院

主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

□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) |
| 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 () |
|---|---|

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。

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尋ねします。該当する項目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・布団から出て生活し、誰かと一緒に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. 自ら車椅子に乗り、食事、排泄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、着替えの時に手助けがいます。 | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 自分の力で、寝返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、寝返りもうてません。 | 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。一人で電話番号や留守番はできません。 | 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"/> | (例) 着替え、食事、排便、排尿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。失禁、。大声、奇声をあげる。火の不始末。不潔行為、性的異常行為等がある。 | |
| <input type="checkbox"/> | 1. 日中を中心として、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 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"/> | 専門的医療を必要とする著しい精神症状や困った行動、重篤な身体疾患が見られます。 | M |

3-(2) 認知症の中核症状(全項目いずれかを必ずチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

| | | | | |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 短期記憶 | <input type="checkbox"/> 問題なし | <input type="checkbox"/> 問題あり | | |
| 日常の意思決定を行うための認知能力 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> いくらか困難 | <input type="checkbox"/> 見守りが必要 | <input type="checkbox"/> 判断できない |
| 自分の意思の伝達能力 | <input type="checkbox"/> 伝えられる | <input type="checkbox"/> いくらか困難 | <input type="checkbox"/> 具体的要求に限る | <input type="checkbox"/> 伝えられない |

3-(3) 認知症の周辺症状(※該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

| | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 有 → | <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 | <input type="checkbox"/> 妄想 | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 暴言 | <input type="checkbox"/> 暴行 | <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 | <input type="checkbox"/> 徘徊 |
| | <input type="checkbox"/> 火の不始末 | <input type="checkbox"/> 不潔行為 | <input type="checkbox"/> 暴食行動 | <input type="checkbox"/> 性的問題行動 | <input type="checkbox"/> その他() | | |

3-(4) その他の精神・神経症状(※いずれかを必ずチェック)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> 有 → 症状名: _____ 専門医受診の有無: <input type="checkbox"/> 有 → (受診科名: _____) <input type="checkbox"/> 無 |

3-(5) 身体の状態(※チェックした項目については、部位、程度を記入)

| | |
|--|---|
| 利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) | |
| 身長=()cm / 体重=()kg (過去6ヶ月の体重変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少) | |
| <input type="checkbox"/> | 四肢欠損 (部位:) |
| <input type="checkbox"/> | 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |
| <input type="checkbox"/> | 筋力の低下 (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |
| <input type="checkbox"/> | 関節の拘縮 (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |
| <input type="checkbox"/> | 関節の痛み (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |
| <input type="checkbox"/> | 失調・不随意運動 ・上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) ・下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) ・体幹 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| <input type="checkbox"/> | 褥瘡 (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |
| <input type="checkbox"/> | その他の皮膚疾患 (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |

4.生活機能とサービスに関する意見

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| (1) 移動(※いずれかを必ずチェック) | | | |
| 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助があればしている | <input type="checkbox"/> していない |
| 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している |
| 歩行補助具・装具の使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用 | <input type="checkbox"/> 屋内で使用 |
| (2) 栄養・食生活(※いずれかを必ずチェック) | | | |
| 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 | |
| 現在の栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 不良 | |
| (3) 現在あるか、または今後発生の可能性の高い状態 | | | |
| <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他() | | | |

5.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。