

*介護保険主治医意見書作成のための問診票です。

記入日 令和 年 月 日

*本人又はご家族が記入のうえ、介護認定申請書とあわせて長寿介護課に提出してください。

認定を受ける人の氏名	性別 男・女	明・大・昭 年 月 日生
問診票記入者氏名 (続柄)	電話番号	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)

1. 現在、診療や治療を受けている病気はありますか (□ ある ・ □ ない)

- 内科 神経科 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 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

病名 ・ 症状	病院 ・ 診療所名	いつから

2. 今までに大きな病気をしましたか (□ ある ・ □ ない)

病名 ・ 症状	いつから

3. 要介護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

4. 介護認定を申請する理由 (手足が不自由・認知症等) ()

5. 6か月前と比べて状態はどうか

- 良くなった ・ 変わらない ・ 悪くなった (どこが:)

6. 介護保険で利用しているサービス、利用したいサービスにすべてチェックをつけてください

<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパーによる自宅介護)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> デイサービス (施設に通って介護を受ける)	<input type="checkbox"/> デイケア (施設に通ってリハビリを受ける)	
<input type="checkbox"/> ショートステイ (短期間の施設入所)	<input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタルや購入	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> その他 ()	

7. 日常生活について、当てはまる項目を1つ選んで□にチェックをつけてください

自立歩行	<input type="checkbox"/> 体に不自由な所はなく、一人で外出できる (自立)
	<input type="checkbox"/> 体に多少不自由はあっても、一人でバスやタクシーで外出できる (J1)
	<input type="checkbox"/> 体に多少不自由はあっても、隣近所なら歩いて外出できる (J2)
介助歩行	<input type="checkbox"/> 誰かに助けてもらえば外出できる。家の中では身の回りのことは自分で出来る (A1)
	<input type="checkbox"/> 誰かに助けてもらってもほとんど外出しない。家の中では横になっていることが多い (A2)
車椅子	<input type="checkbox"/> 自分で車椅子に移ることが出来る。食事、トイレは自分で出来る (B1)
	<input type="checkbox"/> 誰かに助けてもらえば車椅子に移ることができ、一人で座っていることが出来る (B2)
寝たきり	<input type="checkbox"/> 寝返りはうてるが、一日中ベッド上の生活で食事、排泄、着替えなどに助けが必要である (C1)
	<input type="checkbox"/> 寝返りもうてず、一日中ベッド上の生活で食事、排泄、着替えなどに助けが必要である (C2)

8. 物忘れなどについて、当てはまる項目を1つ選んで□にチェックをつけて下さい

<input type="checkbox"/> 物忘れなどで困ることはない (自立)
<input type="checkbox"/> 軽い物忘れなどはあっても、家庭内・社会での日常生活に支障はない (I)
<input type="checkbox"/> 外出すると道に迷ったり、買い物ミスがあったりしても、誰かが注意すれば大丈夫である (IIa)
<input type="checkbox"/> 電話や留守番が出来なかったり、薬を飲み間違えても、誰かが注意すれば大丈夫である (IIb)
<input type="checkbox"/> 日中、トイレで不始末をしたり、騒いだり、外へ出てしまったりする (IIIa)
<input type="checkbox"/> 夜間、トイレで不始末をしたり、騒いだり、外へ出てしまったりして、家族が起こされる (IIIb)
<input type="checkbox"/> 昼も夜も目が離せず、家族が外出したり、落ちついて眠ることも出来ない (IV)
<input type="checkbox"/> 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 (M)

裏面もご記入ください

9. 理解・記憶について伺います (※ 以下、該当する項目を選んで□にチェックをつけてください)

・10分前のことを覚えていますか	(□ 覚えている・□ 覚えていない)
・日常生活は自分の意思、判断で決めることができますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・自分の言いたいことを相手に伝えることができますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)

10. 問題行動についてお尋ねします

・実際にはいない人、虫や動物が見えると言ったことがありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言ったことがありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・実際にはない事、金や大事なものを盗られたと言ったことがありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・昼間寝て、夜起き出して困らせることがありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・介護する人に暴言を吐いたり、暴力をふるうことがありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・介護する人に抵抗して世話をさせなかったりしますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・目的もなく動き回ったり(徘徊)、外出したり、戻れなくなったりしますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・ガスの止め忘れ、タバコの火の不始末はありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・便をこねたり、尿をまきちらしたりといった不潔行為はありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・本来食べない紙や木を食べたりしますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・異性の尻を触ったりする性的問題行動はありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)

11. 体の状態について伺います

・スムーズにしゃべれますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・利き腕はどちらですか	(□ 右・□ 左)
・自宅内で一人で歩くことができますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・身長 (cm) 体重 (kg)	
・最近半年間の体重変化	(□ 増加・□ 維持・□ 減少)
・手・足・指などに欠損はありますか	(□ ある・□ ない)
・麻痺や力が入らず、不自由なところがありますか	(□ ある・□ ない)
・日常生活に支障があるくらい、関節が動きにくく不自由なところがありますか	(□ 肩・□ 肘・□ 膝・□ その他 [])
・ベッドからいすに自分で移ることができますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・部屋の片づけや掃除はできますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・薬や金銭の管理はできますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・床ずれはありますか	(□ ある・□ ない)
・皮膚病はありますか	(□ ある・□ ない)
・自分の意思でなく体が震えたりしますか	(□ ある・□ ない)
・尿意や便意がわからない時がありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)

12. 日常生活での移動の様子について伺います

・自分だけで屋外で歩いていますか	(□ 歩いている・□ 介助があれば歩く・□ 歩いていない)
・車いすを使っていますか	(□ 使っていない・□ 主に自分で操作している・□ 主に他人が操作している)
・杖や下肢装具を使っていますか	(□ 使っていない・□ 屋外で使用している・□ 屋内で使用している)

13. 栄養・食生活などについて伺います

・食事は自分一人で食べられますか	(□ できる・□ 何とかできる・□ 全面介助)
・日頃の食事量や食欲、顔色・全身状態から、現在の栄養状態はいかがですか?	(□ 良い・□ 悪い)
・食べ物をスムーズに飲み込めますか	(□ できる・□ うまくできない・□ できない)
・むせることはありますか	(□ ある・□ ときどき・□ ない)
・高血圧はありますか	(□ ある・□ ない)

14. 現在ある状況すべてにチェックを記入してください

□尿失禁 □便失禁 □意欲がない □家に閉じこもる □飲み込みにくい □痛みがある □徘徊する

15. 希望することや困っていることはありますか。特に認知症で問題行動がある場合は、具体的に記入してください。

--