

横浜さかえ内科介護保険主治医意見書用 問診票

記入日 平成 年 月 日

患者氏名 _____ 男・女 (_____ 歳)

明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

記入者 _____ 患者との続柄 _____ 電話番号 _____

担当ケアマネージャー事務所 _____ 担当者氏名 _____

支援センター名 _____ 担当者氏名 _____

申請者の普段の状況がわかる方（身近にいるご家族、ケアマネージャー等）などにあらかじめご記入いただいて、主治医に受診される際などにお渡しいただくことにより、「主治医意見書」をスムーズに作成することができ、最終的には介護認定をスピーディに行うことができます。

大変恐縮ですが、ご家族様の介護認定に係わる重要な質問ですので、記入漏れがなるべくないようによくお願いいたします（不明な事項は担当する看護師、ケアマネージャーやヘルパーなどに事前に相談されてください）。記入されたことは意見書の参考として利用されますが、医師の判断で意見書の記載内容とは異なることもありますのでご承知ください。

1 介護保険の申請をした主な理由は何ですか？該当の□にレ点を付けてください。

申請を新規にしたい 申請の更新をしたい 介護度の区分変更したい

申請を新規にしたい・介護度の区分変更したい方にお聞きします。申請の理由をご記入下さい。

手足が不自由になった もの忘れがひどくなった その他 (_____)

更新・区分変更申請の方にお聞きします。現在の介護度の□にレ点を付けてください。

なし 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

2 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 _____)

(病院名 _____ 診療科名 _____)

(病院名 _____ 診療科名 _____)

3 今までかかった病気や手術など（おもなもの3つまで）をわかる範囲で記入してください。

病名	手術歴など	いつから
_____	_____	昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃
_____	_____	昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃
_____	_____	昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃

この2週間の間に以内に下記の医療を受けましたか？受けた場合は該当の□にレ点を付けてください（複数選択可）。

点滴 中心静脈栄養 透析 ストーマ（人工肛門）の処置 酸素療法

レスピレーター（人工呼吸器） 気管切開の処置 がんなどの痛みの看護

チューブからの経管栄養 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）

褥瘡（床ずれ）の処置 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

4 身体 の 状況 について : 次の 状態 の うち、より 頻度 の 高い もの を 1つ だけ 選ん で レ点 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 (自立)
- 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 (J 1)
- 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 (J 2)
- 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 (A 1)
- 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 (A 2)
- 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 (B 1)
- 車 い す に 乗 り 降 り す る の も 一人 で は むずかしい が、すわっ て いる こと は できる (B 2)
- 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 (C 1)
- 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 うて ない (C 2)

5 認知 症 の 状況 について : 次の 状態 の うち、より 頻度 の 高い もの を 1つ だけ 選ん で レ点 を つけて くだ さい。

- 認知 症 は ない (自立)
- 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)
- 家 の 外 に 出 る と、ときどき 道 に 迷っ た り、買物 で おつ り を まち が え た り す る (II a)
- 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 (II b)
- 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 (III a)
- 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 (III b)
- 昼 も 夜 も 目 が 離せ ず、家族 が 落ち着い て 眠 る こと も でき ない (IV)
- 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)

6 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。より 頻度 の 高い もの を 1つ だけ 選ん で レ点 を つけて くだ さい。

- ・直前 の 物事 を わす れ て し まう こと は あり ます か? はい いいえ
- ・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?
 特に 問題 ない 新しい 出来事 につい て は 「こう し た い」 と は 言え ない 食事 を し た い か、お風呂 に入 り た い など 具体 的 に 聞い て あげ ない と、うまく 決め られ ない 自分 で は ほとん ど まった く 決め られ 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?
 できる 少し 時間 が かか る 具体 的 な 要求 (食事 ・ 排泄 など) に 限 られ る まった く 伝え られ ない

7 日常生活 で、次 の よう な 問題 行 動 が あり ます か? それ ぞれ 1つ だけ 選ん で レ点 を つけて くだ さい。

- ・実際 に は い ない 人 や 虫、動物 など が 見え る と 言 う こと が あり ます か? ある 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 ない
- ・金品 など を 盗 ま れ た など、実際 に は ない 事 を 言 う こと が あり ます か? ある ない
- ・昼間 寝 て、夜間 さわぐ こと が あり ます か? ある ない

- ・介護する人などに、暴言をはくことがありますか？ ある 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 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 ない
- ・目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？ ある ない
- ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？ ある ない
- ・便をこねるなど、不潔な行動がありますか？ ある ない
- ・紙や消しゴムなど、通常食べられない物を食べることがありますか？ ある ない
- ・性的問題行動がありますか？ ある ない
- ・その他問題行動がありますか？ ある ()
 ない
- ・精神・神経症状のため、精神科、神経内科、脳外科などの専門医の診察を受けていますか？ ある ()
 ない

8 身体の状態について、おたずねしますそれぞれ1つだけ選んでレ点をつけてください。

- ・きき腕は？ 右 左 ・身長は？ (_____ cm) ・体重は？ (_____ kg)
- ・最近6カ月の間に体重の変化はありますか？ ない 増えた 減った
- ・手・足・指などに欠損はありますか？ ない ある (どこに _____)
- ・麻痺で不自由なところがありますか？ ない ある (どこに _____)
- ・力が入らず不自由なところがありますか？ ない ある (どこに _____)
- ・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 (どこに _____)
- ・関節の痛みがありますか？ ない ある (どこに _____)
- ・自分の意思に反した身体のふるえがありますか？ ない ある (どこに _____)
- ・床ずれがありますか？ ない ある (どこに _____)
- ・皮膚病(水虫など含む)がありますか？ ない ある (どこに _____)

9 現在の生活について、おたずねします。より頻度の高いものを1つだけ選んでレ点をつけてください。

- ・屋外で歩いていますか？ 歩いている 介助があれば歩いている 歩いている
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
主に介護者が操作している
- ・杖・シルバーカーや下肢装具を使っていますか？ 使っていない 屋外で使う 屋内で使う
(この質問のみ複数可)
- ・食事は自分で食べられますか？ 一人で行える なんとかできる でき
ない
- ・飲み込みにくいことや、むせることがありますか？ ない ときどきある よくある
- ・健康な時と比べて食事の量は減っていますか？ 変わらない 3分の2程度 半分以下

10 以下のような状態がありますか？当てはまるもの□にレ点を付けてください（複数選択可）。

- 尿や便を漏らすことがある
- 転びそうになることがある
- 出かけることが少なくなった
- 止めても、しょっちゅう外に出ていく（徘徊）
- 食事や水でよくむせる
- よく風邪をひく
- がんなどの持病のための痛み

11 現在利用しているサービス、今後利用してみたいサービスにレ点をつけてください（複数選択可）。

- 医師が家庭訪問して診察
- 看護師が自宅を訪問
- 歯科医師が家庭訪問して診察
- 薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてもらう
- リハビリの専門家が自宅を訪問して、リハビリをする
- 通所リハビリテーション（デイケア）にかよって、リハビリをする
- 病院（療養型病床）、老人保健施設や特別養護老人ホームなどに何日か泊まる
- 歯科衛生士が家庭訪問して口の中を衛生について指導
- 栄養士が家庭訪問して、食事のとり方について教えてもらう
- ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴や食事の世話をしてもらう
- 特別養護老人ホームなどにかよい、通所介護（デイサービス）をうける
- 家庭を訪問して、浴槽を提供し入浴の介助をもらう

12 その他、困っていることやご要望を自由に記載ください。

()

ご協力ありがとうございました