

# 「主治医意見書」のための問診票

この問診票は、介護保険の介護認定に必要な「主治医意見書」を正確に作成するための参考資料とするものです。診察時にはわかりにくいあなたの日ごろの様子についてお尋ねします。□にはレ印をつけ、わかる範囲でご記入ください。

## 基本情報

介護認定を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_  
記入されている方 本人 本人ではない → 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
同居している人 いない いる (続柄 \_\_\_\_\_ )  
体調や生活を相談できる人 いない いる (続柄 \_\_\_\_\_ )  
現在の介護度 なし 要支援1 要支援2 要介護1 2 3 4 5  
ケアマネージャー いない いる (事業所名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ )

## 今回、介護保険の申請をされた理由を教えてください。

## 病気・治療について

- ◆ 現在、診断や治療を受けている病気・症状  
病名・症状 ( \_\_\_\_\_ ) いつ頃から \_\_\_\_\_ 年 月頃・不明
- ◆ これまでにかかった大きな病気や手術 (例：脳梗塞、心臓の病気、骨折 など)  
病名・手術名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ頃 \_\_\_\_\_ 年頃・不明  
病名・手術名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ頃 \_\_\_\_\_ 年頃・不明
- ◆ 他の先生 (医師・医院) にかかっていますか？ (あてはまるものすべてに)  
いいえ  
はい → 内科 循環器内科 脳神経内科 精神科 外科 整形外科  
脳神経外科 泌尿器科 婦人科 透析 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 介護保険で利用したい・利用しているサービス (あてはまるものすべてに)

- 訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハビリ
- ショートステイ デイサービス デイケア
- 施設入所 (施設名 \_\_\_\_\_ )
- 福祉用具の貸与や購入 (内容 \_\_\_\_\_ )
- 住宅改修 (内容 \_\_\_\_\_ )

## 外出・移動についてお尋ねします。(あてはまるものに)

- ◆ ふだんの外出  
バスや車・電車で一人で外出 隣近所なら一人で外出 介助者と一緒に外出  
外出は少なく、ほとんど家の中 移動に車いすが必要 ほとんど寝たきり
- ◆ 屋外歩行 一人で歩ける (杖・歩行器含む) 介助があれば歩ける していない
- ◆ 杖 使用なし 屋内で使用 屋外で使用
- ◆ シルバーカー 使用なし 屋内で使用 屋外で使用
- ◆ 車いす 使用なし 自分で操作できる 他人が操作
- ◆ 食事 自分で食べられる 一部介助が必要 全面介助が必要

## お身体の状態についてお尋ねします。(わかる範囲で。診察でも確認します)

利き手 右 左  
身長・体重 身長約 \_\_\_\_\_ cm / 体重約 \_\_\_\_\_ kg  
最近6か月の体重 増えた 変わらない 減った (約 \_\_\_\_\_ kg)  
手足の麻痺 (動かしにくさ) ない ある (部位 \_\_\_\_\_ )  
手足の力の低下 ない ある (部位 \_\_\_\_\_ )  
関節が固くて動かしにくい ない ある (部位 \_\_\_\_\_ )  
関節の痛み ない ある (部位 \_\_\_\_\_ )  
手足のふるえ (不随意的動き) ない ある (部位 \_\_\_\_\_ )

床ずれ ない ある（部位）  
皮膚の病気（かゆみ・湿疹等） ない ある（部位）  
手足・指の欠損 ない ある（部位）

**排泄・転倒・飲み込みについてお尋ねします。**

尿もれ・便もれ 尿 ない ときどき ある / 便 ない ときどき ある  
おむつ 使用していない 使用している  
最近、転ぶこと ない ときどき よくある  
骨折したこと ない ある（部位・時期）  
食事・水分でむせる ない ときどき よくある  
入れ歯 使用していない 使用している

**記憶・判断・伝達についてお尋ねします。**

- ◆ 食事をした10分後に、食べたことを覚えていますか 覚えている 覚えていない
- ◆ 物事を自分で決める（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 全くできない
- ◆ してほしいこと・してほしくないことを、きちんと伝えられますか  
伝えられる だいたい伝えられる あまり伝えられない 全く伝えられない

**ふだんの過ごし方についてお尋ねします。**

- ◆ 外に出ず、家に閉じこもりがちですか いいえ はい
- ◆ 以前より意欲（やる気）が低下していますか いいえ はい

**認知症の進み具合についてお尋ねします。（あてはまるものに）**

- 認知症はまったくない
- 多少のもの忘れはあるが、自分のことは自分でやっている
- 買い物やお金の管理などが、一人ではきちんとできない
- 薬をたびたび飲み忘れたり、電話や来客の対応・留守番ができない
- トイレをよく失敗したり、着替えなど身の回りのことがきちんとできない
- 夜間、眠らずにうろうろしたり、大声を出したりして、家族が起こされる
- 会話がほとんどできず、一日中介護が必要な状態
- 他人や自分の身体を傷つける等、精神的に異常な行動が見られ、家族の手におえない

**問題行動についてお尋ねします。（それぞれにレ印を）**

- 1 実際にはないものが見えたり聞こえたりする ある 時々ある ない
- 2 お金や大切なものを盗られた等の言動がある ある 時々ある ない
- 3 昼間熟睡し、夜になると動き回る・騒ぐ ある 時々ある ない
- 4 今までなかった暴言をはくようになった ある 時々ある ない
- 5 周囲の人に暴力行為をすることがある ある 時々ある ない
- 6 介護に拒否・抵抗をすることがある ある 時々ある ない
- 7 目的もなく歩き回る・迷子になることがある ある 時々ある ない
- 8 火の不始末（ガスの消し忘れ等）の心配がある ある 時々ある ない
- 9 食べられないものを口に入れることがある ある 時々ある ない
- 10 性的に異常な問題行動がある ある 時々ある ない
- 11 そのほか気になる行動があれば教えてください（ ）

**他に気になっていることがあれば、自由にご記入ください。**

ご協力ありがとうございました。この問診票は受診される際に必ず持参してください。