

主治医意見書の問診票

作成日； 年 月 日

申請者本人のお名前	問診票に記載していただく方のお名前
ふりがな	ふりがな
氏名 (□男性、□女性)	氏名
生年月日；明治、大正、昭和 年 月 日 (歳)	ご本人との間柄；
電話番号；	電話番号；

▶家族構成についてお聞きします。

- ・何人暮らしですか？ (人)
- ・主に介護をしているのは誰ですか？
- ・家事など手伝ってくれる人はいますか？ (□はい、□いいえ)、みえる場合はどなたですか？ ()

▶介護保険についてお聞きします。

- 1) 介護度について
- ・介護保険の認定をうけていますか？ □いない(新規申請)、□いる(更新申請、区分変更申請、介護申請)
 - ・前回の介護度は？ 要支援□1、□2。 要介護□1、□2、□3、□4、□5。

2) 介護保険の認定を受けようと思った理由は何ですか？(複数回答可)

- 身体が不自由になったから。
- 膝、腰が悪くなったから
- 障害の認定を受けているから
- その他 ()
- 認知症の症状があるから
- 脳出血、脳梗塞等になったから
- 癌になったから

3) 他院の受診状況を教えてください。

- ・他の医療機関にかかっていますか？ □かかっている □かかっていない
- ・かかっている医療機関(クリニック・病院など)はどちらですか？ ()
- ・何科を受診されていますか？
 - 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 リハビリ手シオン科 歯科 その他 ()

4) 今現在、利用しているサービスすべてについてお教えてください(複数回答可)。

在宅サービス	
<input type="checkbox"/> 訪問診療 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> 短期入所サービス 回/月
<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 回/週 ・ 月
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 回/週 ・ 月
<input type="checkbox"/> デイケア 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 回/週 ・ 月
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 回/週 ・ 月
<input type="checkbox"/> デイサービス 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウスの入所
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 回/週 ・ 月	<input type="checkbox"/> 宅配弁当の利用 回/週(朝・昼・夕)
<input type="checkbox"/> 住宅改修サービス(具体的に)	<input type="checkbox"/> その他医療系のサービス()
<input type="checkbox"/> 福祉用具サービス(市町村からの貸し出しサービス・レンタル・購入)(具体的に)	

5) 理解や記憶についてお答えください。

・つい先ほどのことをすぐにわすれてしまうことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・日常生活で物事を自分で決める（判断する）ことができますか？ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 決めることができる <input type="checkbox"/> 毎日の日課以外は多少の困難がある <input type="checkbox"/> 毎日の日課にも見守りが必要 <input type="checkbox"/> 決めることが非飛渡できない
・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？	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたい伝えられるが多少の困難はある <input type="checkbox"/> 時々は伝えられるが飲食・排泄など基本的なことに限られる <input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない

6) 日常生活で困っている行動について教えてください。

- ①実際にはみえない者が、見えたり聞こえたりしますか？ はい なし
- ②実際にはなかったことをあったように言うことがありますか？（お金をとられたなど） はい なし
- ③昼夜が逆転していますか？（昼に寝て夜に動き回る・大声を出すなど） はい なし
- ④今までになかった暴言をはくことがありますか？ はい なし
- ⑤介護者に暴行を加えることがありますか？ はい なし
- ⑥介護に抵抗または拒否することがありますか？ はい なし
- ⑦外出して帰れなくなったことがありますか？ はい なし
- ⑧ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？ はい なし
- ⑨排便後などに便や尿に触ったりすることがありますか？ はい なし
- ⑩本来食べれないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようなことがありますか？ はい なし
- ⑪そのほか困っていることはありますか？ ()

7) 精神・神経症状について教えてください。

- ・精神科・神経内科・心療内科にかかっていますか？ かかっている かかっていない
- ・かかっている病院名を教えてください ()
- ・受診している病名を教えてください ()

8) 身体の状態について教えてください。

- ①利き手はどちらですか？ 右 左
- ②身長・体重は何cm・何kgですか？ () cm・() kg
- ③過去6ヶ月で体重変化はありますか？ 増えた 変わらない 減った 不明
- ④手・足・指などに欠損はありますか？ ない あり→ どこに？ ()
- ⑤麻痺や力が入らず不自由なところはありますか？ ない あり→ どこに？ ()
- ⑥関節の動きが悪く不自由なところはありますか？ ない あり→ どこに？ ()
- ⑦関節の痛みがありますか？ ない あり→ どこに？ ()
- ⑧自分の意思に反した身体の震えがありますか？ ない あり→ どこに？ ()
- ⑨床ずれはありますか？ ない あり→ どこに？ ()
- ⑨皮膚病はありますか？ ない あり→ どこに？ ()

9) 現在の日常生活について教えてください。

- ①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 歩いていない
- ②車椅子を使っていますか？ 使っていない 自分で操作している 主に他人が操作している
- ③杖・シルバーカーや下肢の装具を使っていますか？（使用する物） 使っていない 屋外で使う () 屋内で使う ()
- ④食事は自分で食べれますか？ 一人でできる なんとかできる できない
- ⑤飲み込みにくいことや、むせることはありますか？ ない ときどきある よくある
- ⑥健康なときと比べて食事の量は減っていますか？ 変わらない 2/3程度 半分以下
- ⑦一人で着替えができますか？ できる 一部はできる できない
- ⑧一人で入浴ができますか？ できる 一部はできる できない
- ⑨一人でトイレができますか？ できる 一部はできる できない
- ⑩使用している物がありますか？ おむつ ポータブルトイレ リハビリパンツ その他 ()

10) 介護保険の申請および利用に関して、ご意見ご要望があればご記入ください。