

問診票

この問診票は介護保険の主治医意見書記入の際に参考として使用します。他に公表することはありませんので、本人または介護に携わる方がご記入下さい。

申請者（患者）氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

記入者氏名： _____ 続柄： _____

※記入者が本人以外の方は連絡先を明記して下さい。(TEL: _____)

(1) 最終診察日 医師記入

(2) 意見書作成回数 医師記入

(3) 他科受診の有無

現在、当院以外で継続的に受診している、または治療を受けている医療機関はありますか？

ある ない

※ある場合は、以下から診療科をチェックしてください。

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 リハビリテーション科 歯科 その他 (_____)

1. 傷病に関する意見**(1) 診断名**

今まで本人がかかった病気（特に現在の障害に関するもの）を具体的に書いて下さい。

病名

発症年月日

1. _____ 昭和・平成・令和 年 月 日頃

2. _____ 昭和・平成・令和 年 月 日頃

3. _____ 昭和・平成・令和 年 月 日頃

(2) 症状としての安定性 医師記入

(3) 経過及び治療内容 医師記入

2. 特別な医療 医師記入**3. 心身の状態に関する意見****(1) 日常生活の自立度等について**

・日常生活における身体的状態について、一番近いもの1つだけにチェックをして下さい。

身体的状態については問題ない。(自立)

多少不自由なことはあるが、自分の事は自分で出来ていて、電車・バスなど利用して外出する。

(J1)

多少不自由なことはあるが、自分の事は自分で出来ていて、隣近所へなら外出する。(J2)

家の中では自分の事は自分で出来ているが、一人では外出しない。(A1)

家の中では自分の事は自分で出来ているが、外出することはほとんど無く、寝たり起きたりしている。(A2)

家の中での生活でも何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であるが、食事・排泄は寝床から離れて行っている。(B1)

家の中での生活でも何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であって、座ることは出来るが、自力では寝床から移動することが出来ない。(B2)

- 一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要であるが、自力で寝返りは出来る。(C1)
- 一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要で、自力で寝返りが出来ない。(C2)

・日常生活における物忘れについて、一番近いもの1つだけにチェックして下さい。

- 物忘れは特になく、日常生活が送れている。(正常)
- 日常生活において、多少ちぐはぐな点はあるが、特に問題はない。(I)
- 日常生活において、道に迷うとか、買い物で間違ってしまうとか、電話の応対などに問題があつて、一人では留守番が出来ない等問題はあるが、誰かが注意していれば生活できる。(II)
これが、 家庭外でみられる。(IIa) 家庭内でもみられる。(IIb)
- 日常生活において、着替え・食事・排泄等が上手に出来なかったり、時間がかかり、誰かが介護しないと生活できない。(III)
これが、 主に日中にみられる。(IIIa) 主に夜間にみられる。(IIIb)
- 日常生活に支障をきたし、着替え・食事・排泄などが上手に出来なかったり、付きっきりで介護しないと生活できない。(IV)
- 大声を出したり、意味不明のことを言ったり、興奮して暴れたりするので、家庭で家族が介護することが出来ないか、非常に困難な状況である。(M)

(2) 認知症の中核症状

・短期記憶

直前に食べたもの、前日の出来事などの記憶に問題がありますか？

- いいえ (問題なし) はい (問題あり)

・日常の意思決定を行うための認知能力

毎日の日課における判断能力について、当てはまるもの1つだけにチェックして下さい。

- 特に問題ない。(自立)
- 食事・入浴など、毎日行っている事は判断できるが、新しい出来事については判断できない。(いくらか困難)
- 食事・入浴など、毎日行っている事でも判断力が弱く、指示する必要がある。(見守りが必要)
- ほとんど全く判断できない。(判断できない)

・自分の意思の伝達能力

本人の要求や意見を伝える能力について、当てはまるもの1つだけにチェックして下さい。

- 自分の考えを容易に伝えられる。(伝えられる)
- 自分の意見を伝えるのに多少時間がかかる。(いくらか困難)
- 基本的な要求(食事・排泄など)のみ伝えられる。(具体的要求に限られる)
- ほとんど伝えられない。(伝えられない)

(3) BPSD

以下に述べる行動が認められる場合には、チェックを入れて下さい。

- 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがある。(幻視・幻聴)
- お金とか大切なものが、無くなったとか盗まれたとかの言動がある。(妄想)
- 昼間寝ていて、夜になると寝ないで動き回ったり、大きな声を出したりする。(昼夜逆転)
- 今までになかったようなひどい言葉を吐くことがある。(暴言)
- 家族や介護する人に対して暴力行為をすることがある。(暴行)
- 食事・排泄・入浴などの日常生活で、介護を抵抗したり拒絶することがある。(介護への抵抗)

- 目的もなく動き回ったり、一人で外出して家に帰れなくなったりしたことがある。(徘徊)
- ガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がある。(火の不始末)
- 排便後、便を触ったり、隠したりすることがある。(不潔行為)
- 本来食べられないような物を口に入れたりすることがある。(異食行動)
- 家族や周囲の人が迷惑するような卑猥な言動がある。(性的問題行動)
- その他 ()

(4) その他の精神・神経症状

以下に述べる行動が認められる場合には、チェックを入れて下さい。

- 以前と比べて、活発さに欠け、気分的に落ち込んだ状態がある。(うつ状態)
- 暴れたり、大声で騒いだり突然動き出したりすることがある。(せん妄)
- 一日中うとうと寝ており、大声で起こせば起きるがすぐ寝てしまうことがある。(傾眠傾向)
- 自分のいる所が分からなかったり、時間の感覚が不正確だったりすることがある。(失見当識)
- 声が出なくなったり、会話がスムーズに行えないことがある。(構音障害)
- 意識ははっきりしているのに、物の名前が言えないことがある。(失語)
- 意識ははっきりしているのに、トイレの場所や人の顔が分からないことがある。(失認)
- 意識ははっきりしていて、手足の麻痺もないのに、洋服が上手に着れなかったり、箸やスプーンを上手に使えないことがある。(失行)

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 () cm 体重 () kg

過去 6 か月の体重の変化 (増加 維持 減少)

以下に該当するものがあればチェックを入れ、部位、左右、程度などを記入して下さい。

- 手・足・指などに欠損がある。(四肢欠損)
 - 部位：()
- 顔面・手足や体で麻痺しているところがある。(麻痺)
 - 右上肢 (程度：軽 中 重) 左上肢 (程度：軽 中 重)
 - 右下肢 (程度：軽 中 重) 左下肢 (程度：軽 中 重)
 - その他 (部位：_____ 程度：軽 中 重)
- 手や足は動くけれども、日常生活を送る上で障害となるような筋力の衰えがある。(筋力低下)
 - 部位：_____ 程度：軽 中 重
- 手・足の関節で硬くなって動きにくいことがある。(関節の拘縮)
 - 部位：_____ 程度：軽 中 重
- 日常生活に支障があるような手・足の関節に痛みがある。(関節の痛み)
 - 部位：_____ 程度：軽 中 重
- 手足のふるえがある。(失調・不随意運動)
 - ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
- 床ずれ (褥瘡) がある。(褥瘡)
 - 部位：_____ 程度：軽 中 重
- 床ずれ以外に、湿疹や水虫、おむつかぶれなど、皮膚病がある。(その他の皮膚疾患)
 - 部位：_____ 程度：軽 中 重

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- ・屋外歩行について、当てはまるものにチェックして下さい。
自立 介助があればしている していない
- ・車いすの使用について、当てはまるものにチェックして下さい。
用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
- ・歩行補助具・装具使用について、当てはまるものにチェックして下さい（複数選択可）。
用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

- ・食事行為について、当てはまるものにチェックして下さい。
自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
- ・現在の栄養状態について、当てはまるものにチェックして下さい。
良好 不良

(3) 現在の状態とその対処方針 医師記入

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し 医師記入

(5) 医学的管理の必要性

どんな医療サービスを受けたいですか？希望するもの全てにチェックをして下さい（医師記入もあり）。

- 訪問診療（医師の往診） 訪問看護（看護師の往診） 訪問歯科診療 訪問歯科衛生指導
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護（ショートステイ）
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他（ ）

(6) 医学的観点からの留意事項 医師記入

(7) 感染症の有無 医師記入

5.特記すべき事項

○初めて介護保険申請の方へ質問です。

どんな生活介護サービスを受けたいですか？○を付けて下さい。（複数選択可）

- ・訪問介護（ホームヘルパー）
- ・訪問入浴介護
- ・通所介護（デイサービス）
- ・短期入所生活介護（ショートステイ）
- ・施設入所
- ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ・福祉用具のレンタル・購入費支給
- ・自宅に手すりをつける等、住宅改修費の支給

○更新の申請の方へ質問です。

前回申請時と比べて、

- 特に変化はない
 不便なこと、困っていることが増えた。

→具体的に：（ ）

○その他お困りのことなどあれば自由にお書きください。

介護保険申請者チェックリスト

- ① バスや電車で一人で外出していますか。 (はい いいえ)
- ② 日用品の買い物をしていますか。 (はい いいえ)
- ③ 預貯金の出し入れをしていますか。 (はい いいえ)
- ④ 友人の家を訪ねていますか。 (はい いいえ)
- ⑤ 家族や友人の相談に乗っていますか。 (はい いいえ)
- ⑥ 階段を手すりや壁を伝わらずに上っていますか。 (はい いいえ)
- ⑦ 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。 (はい いいえ)
- ⑧ 15分位続けて歩いていますか。 (はい いいえ)
- ⑨ この1年間に転んだことはありますか。 (はい いいえ)
- ⑩ 転倒に対する不安は大きいですか。 (はい いいえ)
- ⑪ 6か月間で2-3kg以上の体重減少がありましたか。 (はい いいえ)
- ⑫ 身長 cm 体重 kg (はい いいえ)
- ⑬ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 (はい いいえ)
- ⑭ お茶や汁物等でむせることがありますか。 (はい いいえ)
- ⑮ 口の渇きが気になりますか。 (はい いいえ)
- ⑯ 週に1回以上は外出していますか。 (はい いいえ)
- ⑰ 昨年と比べて外出の回数が減っていますか。 (はい いいえ)
- ⑱ 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか。 (はい いいえ)
- ⑲ 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。 (はい いいえ)
- ⑳ 今日が何月何日かわからない時がありますか。 (はい いいえ)

以下の質問には、該当する場合は()内に○を付けてください。

- ㉑ 毎日の生活に充実感がない。 ()
- ㉒ これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった ()
- ㉓ 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる。 ()
- ㉔ 自分が役に立つ人間だと思えない。 ()
- ㉕ わけもなく疲れたような感じがする。 ()