

介護保険主治医意見書問診表（前回申請時と比べて変化がある事例用） 飯田医師会

（主治医意見書を作成する際に、現状を適切に反映させるためにこの問診表利用させていただきます）

区分変更の有無（区分変更 通常の更新）

記入日 平成 年 月 日

本人氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)
記入者	続柄	電話番号					
居宅介護支援事業所（ケアマネージャーさんのお名前）							
なお主治医に情報提供することは、ご本人（ご家族）に同意を得ています 同意日 平成 年 月 日							

1. 介護保険の認定を受けていますか？  いない・要支援（1 2）・要介護（1 2 3 4 5）

2. 他の先生に（医師・医院）にかかっていますか？  いる  いない

2-1 いる場合、診療科は何ですか？

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  リハビリテーション科  歯科  その他（ 科）

3. 心身の状態について

3-1 からだの不自由なところがありますか？ 次の状態のうち、あてはまるところにレ印をつけてください。

- からだの不自由なところはまったくない。
- 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。
- からだが多少不自由であるが、隣り近所なら歩いて外出できる。
- 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。
- 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。
- 車椅子に乗り降りするのも一人ではむずかしい。座っていることはできる。
- 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。
- 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。

3-2 認知症のすすみ具合についてお尋ねします。次の状態のうち、あてはまるところにレ印をつけてください。

- 認知症はない。
- 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。
- 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりを間違えたりする。
- 家の中でも薬を飲み忘れて、電話や来客の対応ができない。
- 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などがある。
- 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりするなどの問題があり、家族が起こされる。
- 昼も夜も目が離せず、家族が落ち着いて眠ることができない。
- 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手に負えない。

3-3 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。

- ・物忘れがありますか？  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？  
 できる  だいたいできる。  あまりできない  まったくできない
- ・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？  
 伝わる  だいたい伝わる  あまり伝わらない  まったく伝わらない

4. 問題行動についておたずねします。

- ・実際にはいない人や、虫、動物などが見えると言ったことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・実際にはいない人の声や、物事が聞こえると言ったことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・金品などを盗まれたなど、実際にはないことを言うことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・介護する人などに暴言を吐くことがありますか？ (ある・時々・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・時々・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・時々・ない)
- ・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？ (ある・時々・ない)
- ・便をこねたり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がありますか？ (ある・時々・ない)
- ・紙や消しゴムなど通常食べれないものを食べることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・性的問題行動がありますか？ (ある・時々・ない)

5. きき腕は？ 右 左  
身長は？ ( ) cm 体重は ( ) kg (過去6ヶ月の体重の変化は？ 増加 維持 減少)  
関節の痛いところがありますか？ (日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態)  
肩 股 肘 膝 その他 ( )

6. 日常生活での移動状態についてお尋ねします。

- ・屋外歩行について 次の状態のうち、あてはまるところに、1つ✓印をつけてください。  
 自分だけで屋外を歩いている。(歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含む)  
 介護する人と一緒に屋外を歩いている。(直接介護されている場合あるいは、側で見守っている場合も含む)  
 屋外歩行をしていない。(歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合・訓練の時だけ屋外歩行している場合・車いすで屋外を移動している場合を含む。)
- ・車いすの使用について 次の状態のうち、あてはまるところに、1つ✓印をつけてください。  
 全く用いていない。  
 家の中で車いすを用いていることがあり、主に自分で操作している。(こいでいる)  
 家の中で車いすを用いていることがあり、主に他人が操作している。(押してもらう。介護する人が見守っている場合も含む)
- ・歩行補助具(杖・シルバーカー等)、装具の使用について(どちらか一方使用も含む。義足使用は含みません。)  
 日常生活では全く用いない。(歩行訓練の時だけは使っている場合も含む。)  
 日ごろ、屋外歩行のときに使用している。(遠くへ出かけるときだけの使用のように、時々使用している場合も含む)  
 日ごろ、家の中で使用している。(家事のときだけ使用のように、特定の生活行為を行うときのみ使用している場合も含む)  
 日ごろ、屋外歩行のときと、家の中と両方で使用している。

7. 栄養・食生活についておたずねします。

- ・食事行為について  
 自分ひとりで食べることができる。見守り・声かけにより、何とか自分で食べることができる。  
 他の者の全面的な介助が必要である。
- ・現在の栄養状態について(日ごろの食事行為、食事の量、食欲、顔色や全身の状態から総合的に判断してください)  
 良い  良くない

8. 介護保険でいま利用している医療系サービスを左側に、今後使いたいサービスを右側に✓印をつけてください。

- |                                         | (今利用)                    | (今後使いたい)                 |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ・医師が家庭訪問して、診察している。……………                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・看護師が自宅を訪問している。……………                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・リハビリの専門家が訪問している。……………                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・通所リハビリテーション(デイケア)に通って、リハビリをしてもらっている。…  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・病院(療養型病床群)や老人保健施設に何日か泊っている。……………       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・歯科医師が家庭訪問して、診察している。……………               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・歯科衛生士が家庭訪問して、口の中の衛生状態について指導してくれる。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてくれる。……………       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・栄養士が家庭訪問して、食事の摂り方について教えてくれる。……………      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. 日ごろの行動についておたずねします。

- ・意味もなく独り言や独り笑いをすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・自分勝手に行動することがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・話がまとまらず会話にならないことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・外部での集まりに参加することを強く拒否したり、適応できないことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・食材等の日用品を選び、代金を支払うことができますか？ (できる・見守る・一部介助・全介助)
- ・炊飯、弁当・惣菜・冷凍食品の加熱、即席麺の調理などができますか？ (できる・見守る・一部介助・全介助)

10. 問題行動(BPSD)や介護の上で問題になっている点、前回申請時と比べて悪化した点など記載して下さい。