

ご本人、ご家族様へ

この問診票は、医師が申請者の日常のご様子を把握し、正確な主治医意見書を作成するためのものです。

出来る限り**全てのご質問にお答えください。**



担当のケアマネジャーさんや相談員さんなどにもご確認をいただき、医療機関へご提出ください。

申請者の氏名 (被保険者)	生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
------------------	------	-------	---	---	---	---

この問診表記入された方を教えてください。(☑、複数選択可)

<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 他	氏名	間柄
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----	----

世帯構成を教えてください。

<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	氏名	事業所	要支援 要介護
----------------------------------	----	-----	------------

この1年以内に「介護や特定疾病に影響のあったこと」をご記入ください。

大きな変化はなかった。 変化があった (何が?いつ? :)

日常生活に支障をきたしている直接の原因である「病名」または「症状」をご記入ください。

病名 (発症 年 月 日) (病院名)

介護保険の要介護認定を受けられる・受けられている理由を差し支えない範囲でご記入ください。

・介護で手間がどの程度かかって大変か等を具体的に記載してください (時間と頻度)

- 着替えができない (
- 食事がとれない (
- トイレがうまく出来ない (
- 歩行困難 (転倒・見守りなど) (
- 清拭・入浴が困難 (
- 料理が困難 (
- 買い物が困難 (
- 掃除が困難 (
- 洗濯が困難 (
- 薬の管理困難 (
- 物忘れは心配なさそう 物忘れの悪化がある (どのくらい手間がかかる? 時間×頻度)

今後、利用したいサービスと現在、利用中のサービスを記載ください。

- デイケア・デイサービスを使いたい。 利用中 (事業所 週 回:月・火・水・木・金・土・日)
- ヘルパーステーションを使いたい。 利用中 (事業所 週 回:月・火・水・木・金・土・日)
- 訪問看護を使いたい。 利用中 (事業所 週 回:月・火・水・木・金・土・日)
- 訪問リハビリを使いたい。 利用中 (事業所 週 回:月・火・水・木・金・土・日)
- 訪問入浴を使いたい。 利用中 (事業所 週 回:月・火・水・木・金・土・日)
- ショートステイを使いたい。 利用中 (事業所 :使用頻度)
- その他のサービスを使いたい。 利用中 (事業所 :使用頻度)

◆心身の状態に関すること◆

1. 日常生活における身体的状態 ※いずれかあてはまるものを1つ選んでください。

- 身体的状態については問題ない。(正常)
- 多少不自由なことはあるが自分のことは自分ででき、電車・バス等を利用して外出している。(J1)
- 多少不自由なことはあるが自分のことは自分ででき、隣近所へならひとりで外出している。(J2)
- 家の中では自分のことは自分でできているが、ひとりでは外出しない。(A1)
- 家の中では自分のことは自分でできているが、外出することはほとんどなく寝たり起きたりしている。(A2)
- 家の中での生活にも何らかの手助けを必要とし、主にベッド上で生活しているが、介助なく車椅子に乗り移り、食事や排泄はベッドから離れて行う。(B1)
- 家の中での生活にも何らかの手助けを必要とし、日中も寝たり起きたりの生活が中心であって、座ることはできるが、介助のもと車椅子に乗り移る。(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、自力で寝返りをうつことができる。(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、自力で寝返りをうつことができない。(C2)

2. 日常生活における精神的状態 ※いずれかあてはまるものを1つ選んでください。

- 物忘れや問題行動などはない。(正常)
- ときどき物忘れなどがあるが、日常生活ではほとんど支障がない。(I)
- 道に迷う、買い物や金銭管理などがひとりでできないなどはあるが、誰かが注意していれば生活できる。(IIa)
- 薬の管理ができない、電話や訪問者との対応ができないなどはあるが、誰かが注意していれば生活できる。(IIb)
- 日中を中心として下記Ⅲの症状がみられる。(IIIa)
- 夜間を中心として下記Ⅲの症状がみられる。(IIIb)

日常生活において、支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
着替え・食事・排泄等が上手にできず、時間がかかる。徘徊や不潔行為等がある。(III)

- 上記Ⅲの症状・行動が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。(IV)
- 著しい精神症状や問題行動があり、専門医療を必要とする。(M)

3. 物忘れなどの記憶障害や判断力の低下などの症状（認知症の中核症状に該当）

- ・ひどい物忘れはありますか。 【ない ある】
- ・毎日の生活は自分の判断や意思でできますか。
【自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない】
- ・言いたいことを相手に伝えられますか。
【伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない】

4. 妄想や幻覚、不安、徘徊などの症状（認知症の周辺症状に該当）

次のような症状がありますか。該当するものに☑をつけて、1か月の回数を記入してください。

- 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りますか。（回数 ）
- 実際になかったことをあったように言うことがありますか。（回数 ）
- 昼夜が逆転していることがありますか。（回数 ）
- 暴言や暴行がありますか。（回数 ）
- 介護に抵抗または拒絶することがありますか。（回数 ）
- 目的もなく歩き回ったり、外出したりすることがありますか。（回数 ）
- ガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がありますか。（回数 ）
- 不潔行為（排泄物をもてあそぶ、まき散らすなど）がありますか。（回数 ）
- 食べ物でない物を食べたり、食べようとしたりすることがありますか。（回数 ）
- 繰り返し同じような発言をしたり、行動したりすることがありますか。（回数 ）
- 周りが迷惑するような性的な問題行動がありますか。（回数 ）

◆身体の状態◆

- ・申請者の利き腕は 右 左 身長_____cm 体重_____kg （おおよそで結構です。）
- ・6か月前に比べ、体重に増減はありますか。 【増加傾向 変わらない 減少傾向】
- ・手、足、指などに欠損はありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・麻痺や筋力の低下はありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・動きの悪い関節はありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・関節の痛みはありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・自分の意思ではない体の動き（振えなど）はありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・床ずれ（褥創）がありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・床ずれ以外に介護に支障のある皮膚疾患はありますか。 【ない ある（部位：_____）】
- ・感染症はありますか。 【ない B型肝炎 C型肝炎 梅毒 その他の感染症（_____）】

◆生活機能◆

- ・屋外を歩けますか。 【歩ける 介助があれば歩ける していない】
- ・車いすは使用していますか。 【使用していない 自分で操作 他人が操作】
- ・歩行補助具・装具は使用していますか。 【使用していない 屋外で使用 屋内で使用】
- ・尿や便をもらすことがありますか。 【ない ある 時々ある】
- ・よく転ぶことがありますか。 【ない ある 時々ある】

◆栄養・食生活◆

- ・食事は自分で食べる事ができますか。 【できる 何とかできる できない】
- ・自分でできない時はどうしていますか。 【全介助 胃瘻（いろう）や点滴など】