

ご本人、ご家族様へ

この問診票は、医師が申請者の日常の様子を把握し、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)

☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 他	氏名	間柄
--	----	----

世帯構成を教えてください。

☐ ケアマネジャー	氏名	事業所	要支援 要介護
----------------------------------	----	-----	------------

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。

・介護で困っている事、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

- ☐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
☐転倒しやすい ☐転倒を繰り返している ☐引きこもりがちである
☐買い物が困難である ☐掃除が困難である ☐洗濯が困難である

その他：

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。

(例えば、物忘れ、脳卒中後遺症、大腿骨頸部骨折術後、腰椎圧迫骨折、腰や膝が痛いなど)

病名	(発症 年 月 日)	(病院名)
病名	(発症 年 月 日)	(病院名)
病名	(発症 年 月 日)	(病院名)
病名	(発症 年 月 日)	(病院名)

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?:)☐物忘れは心配なさそう ☐物忘れの悪化がある(どのような?:)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。(II a)
- ☐ 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。(II b)
- ☐ 日中を中心として下記Ⅲの症状がみられる。(III a)
- ☐ 夜間を中心として下記Ⅲの症状がみられる。(III b)

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 】