

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)						
<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。						
<input type="checkbox"/> 大きな変化はなかった。 <input type="checkbox"/> 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。						
・生活状況であてはまるものすべてに☑してください						
◆服は自分で着ることができますか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/> ズボンや下着の上げ下げができない <input type="checkbox"/> ボタンがとめれない						
<input type="checkbox"/> 着る順番がわからないが服を渡せば着れる <input type="checkbox"/> 全部介助が必要						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						
◆食事は自分で食べることができますか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→ <input type="checkbox"/> 配膳したら自分で食べれる <input type="checkbox"/> 補助具使用で自分で食べれる						
<input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助が必要						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						
◆食事の準備(料理)は自分でできますか？						
<input type="checkbox"/> 問題なくできる <input type="checkbox"/> 時間はかかるができる						
<input type="checkbox"/> 全くできない、昔から作らない (どなたが作っていますか: )						
<input type="checkbox"/> 家族やヘルパーが作ったものを温めて食べている						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						
◆排泄はどのように行っていますか？						
① <input type="checkbox"/> 自宅のトイレを使用している(☐便 ☐尿) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用している(☐便 ☐尿)						
② <input type="checkbox"/> トイレにひとりで行くことができる						
<input type="checkbox"/> トイレで介助が必要 (☐ズボンの上げ下げ ☐後始末 ☐立ち座り ☐その他 )						
③ <input type="checkbox"/> トイレが間に合わないことがありますか？→ <input type="checkbox"/> 頻回に <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ない						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						

◆入浴はどのように行っていますか？（週 回）

自宅のお風呂で1人で入浴できる 自宅では入浴できない  
介助があれば入浴できる（誰がどのように： )  
一人での入浴に不安がある 浴室で転倒したことがある 浴槽がまたげない  
その他（ )

◆買い物はどのように行っていますか？（週 回）

自分で買いに行く（交通手段は？ )  
自分で行けないため家族が行っている（どなたが行っていますか？ )  
その他（ )

◆掃除はどのように行っていますか？

1人で家中の掃除をしている できる範囲でしている  
体に不自由があり時間がかかるがしている（体のどこに？ )  
全くできない、昔からしない（どなたがしていますか？ )  
その他（ )

◆洗濯はどのように行っていますか？（週 回）

1人でできる  
時間はかかるができる 干すことが難しい  
全くできない、昔からしない 体に不自由があり難しい（体のどこに？ )  
その他（ )

◆歩行状態はどうですか？

問題なく歩ける 付き添いがあれば歩ける 長距離の歩行は困難  
歩行時は補助具・装具が必要（屋外： 屋内： )  
よく転ぶことがある（たびたびある 時々ある）  
歩けない 車いすを使用している（自分で操作 他人が操作）  
その他（ )

◆薬の管理はどのように行っていますか？

自分で管理している お薬カレンダーを使用（どなたが薬を入れていますか？ )  
他の人が管理をしている（どなたがどのように？ )  
薬の飲み忘れがある  
その他（ )

◆物忘れについていかがいます

心配なさそう 物忘れがある 以前と比べて悪化している  
忘れることが多い 同じことを何回も聞く 約束を忘れることがある  
その他（ )

◆ご家族の方へ 現在お困りのことがあれば具体的にご記入ください

( )

**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 \_\_\_\_\_ ）  
（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
- 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 \_\_\_\_\_ ）  
（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
- 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 \_\_\_\_\_ ）  
（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
- 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 \_\_\_\_\_ ）  
（具体的に： \_\_\_\_\_ ）
- 食べ物でない物を食べたり、食べようとしてい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（ \_\_\_\_\_ ）】

**◆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（いろいろ）や点滴など】

