

介護保険主治医意見書 問診票

介護保険の申請を行う場合は、以下の項目についてわかる範囲でご記入いただき、**申請後5日以内**に当院受付事務員へお渡しください。**担当医が介護保険主治医意見書を作成する際に参考**にさせていただきます。郵送で提出する場合は、下記宛てにお願いします。

〒125-8506 東京都葛飾区青戸6-41-2 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 医師事務支援室

なお、ご記入いただいた個人情報については、介護保険主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

フリガナ 患者氏名		生年月日			(歳)
患者登録番号		性別			
利き腕	<input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左				
身長		c m	体重		kg
最近6ヶ月間の体重変化			<input type="checkbox"/> 増加 ・ <input type="checkbox"/> 維持 ・ <input type="checkbox"/> 減少		
同居家族の有無	<input type="checkbox"/> 同居なし ・ <input type="checkbox"/> 同居あり → 配偶者・子・その他 ()				
記入者氏名	患者本人・ ()		患者との関係		
記入日	年	月	日	電話番号	
◆主治医を記入してください。【介護保険主治医意見書 作成依頼医師】					
診療科名			医師名		
◆今回の介護保険の申請について教えてください。【意見書作成回数】					
<input type="checkbox"/> 新規 (初回)		<input type="checkbox"/> 更新 (2回目以降)		<input type="checkbox"/> 区分変更	
現在の介護度 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 / 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
◆現在、他に治療を受けている診療科はありますか。【他科受診の有無】					
<input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> ない			
※ある場合→診療科名を記入してください。					
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科		
<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 婦人科		
<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科			
<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> その他 ()				
◆介護保険を申請した主な理由は何ですか？					
生活する上で特に困っている内容、出来事などを具体的に記入してください。					
<input type="checkbox"/> 手足が不自由		<input type="checkbox"/> 寝たきり		<input type="checkbox"/> もの忘れ	
<input type="checkbox"/> その他					

患者氏名

患者登録番号

介護が必要になった病名		症状	<input type="checkbox"/> 安定 <small>(不安定の理由)</small> <input type="checkbox"/> 不安定
◆身体的な日常生活の様子について、 <u>一番あてはまるものを1つだけ選んで</u> ☑印を記入してください。			
正常	<input type="checkbox"/> 身体の状態は問題はない。【自立】		
自立歩行	<input type="checkbox"/> 多少不自由さはあるが、日常生活はほぼ自立（杖歩行含む）しており、電車やバスなどを利用して1人で外出できる。【J1】		
	<input type="checkbox"/> 多少不自由さはあるが、日常生活はほぼ自立（杖歩行含む）しており、隣所なら1人で外出できる。【J2】		
介助歩行	<input type="checkbox"/> 家の中では概ね自立しているが、一人では外出できない。日中は起きて生活し、誰かと一緒にあれば外出できる。【A1】		
	<input type="checkbox"/> 家の中では概ね自立しているが、一人では外出できない。日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しない。【A2】		
車椅子生活	<input type="checkbox"/> 家の中でも手助けが必要で、寝床での生活が中心である。自ら車椅子に乗り移ることができ、食事、排泄は寝床から離れて行う。【B1】		
	<input type="checkbox"/> 家の中でも手助けが必要で、寝床での生活が中心である。誰かの手助けがなければ車椅子に乗り移ることができない。【B2】		
寝たきり生活	<input type="checkbox"/> 排泄、食事、着替えなどにおいて誰かの手助けを必要とする。一日中寝床で過ごす、自力で寝返りができる。【C1】		
	<input type="checkbox"/> 生活全般に誰かの介助を必要とする。自力で寝返りができない。【C2】		
◆精神的（もの忘れの状態など）な日常生活の様子について、 <u>一番あてはまるものを1つだけ選んで</u> ☑印を記入してください。			
<input type="checkbox"/> 特にもの忘れなどの問題はない。【自立】 <input type="checkbox"/> 多少ちぐはぐな点はあるが、大きな支障はない。【I】 <input type="checkbox"/> 道に迷ったり、買い物で間違ってしまったり、お金の管理などで間違いが多くなった。【IIa】 <input type="checkbox"/> 薬を飲み忘れてたり、飲み間違えたりする。電話や訪問者の対応などができず、一人で留守番ができない。【IIb】 <input type="checkbox"/> 着替え・排泄・食事の手順がわからず、上手くできない。また、コミュニケーションをとることに苦勞する。（昼間が中心）【IIIa】 <input type="checkbox"/> 上のような状態が夜間にもみられる。【IIIb】 <input type="checkbox"/> 着替え・排泄・食事の手順がわからず、上手くできない。コミュニケーションがとれず、誰かが付きっきりで手助けしないと生活できない。【IV】 <input type="checkbox"/> 意味不明のことを言ったり、大声を出したり暴れたりするので家族が世話をすることが難しい、またはできない状態である。【M】			
◆理解や記憶について、該当する項目を選んで☑印を記入してください。			
1	つい先ほどの事をすぐ忘れてしまうことがありますか？【短期記憶】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり		
2	自分一人の判断や意思で行動できますか？【日常の意思決定を行うための認知能力】 <input type="checkbox"/> できる（自立） <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない		
3	自分の要求や意思を相手に伝えられますか？【自分の意思の伝達能力】 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		

◆日常生活で困っている行動について、該当する項目全てに☑印を記入してください。

- 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがある。【幻視・幻聴】
- お金とか大切なものがなくなったとか、盗まれたとか言うことがある。【妄想】
- 昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出すことがある。【昼夜逆転】
- 他人に対して、これまで言わなかったようなひどいことを言うことがある。【暴言】
- 家族や介護者に暴力を振るうことがある。【暴行】
- 介護に抵抗したり、または拒否することがある。【介護への抵抗】
- 目的もなく動き回ったり、一人で外出して帰れなくなったことがある。【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】
- 尿や便などを触ったり、まき散らしたりすることがある。【不潔行為】
- 本来食べられないものを食べたり、口に入れたりすることがある。【異食行動】
- 周りが迷惑するような性的な行動や言動がある。【性的問題行動】
- 上記以外に困っている行動がある。具体例（ ）

◆その他の精神・神経症状について、該当する項目全てに☑印を記入してください。

- 活発さに欠け、気分が落ち込んでいる。【うつ状態】
- 暴れたり、大声で騒いだり突然動きだす。【せん妄状態】
- 1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。【傾眠傾向】
- 自分の居場所がわからなかったり、季節や時間が不正確だったりする。【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】
- 物の名前が言えない。文字や文が読めない、書けない。【失語症】
- よく知っている人の顔やトイレ・洗面所などの場所がわからない。【失認】
- 麻痺がないのに洋服がうまく着られない、箸やスプーンがうまく使えない。【失行】

上記の症状について、専門医を受診していますか。

- 受診している（受診科名 ） 受診していない

◆身体の様子について、該当する項目全てに☑印を記入してください。

- 手、足、指などに欠損がある。【四肢欠損】部位（ ）
- 手足やその他で麻痺がある。【麻痺】部位（ ）
- 手足やその他で筋力が低下がある。【筋力低下】部位（ ）
- 手足やその他の関節が硬くなり、動かしにくいところがある。【関節拘縮】
部位（ ）
- 手足のふるえや顔面けいれん等、自分の意思ではない体の動きがある。
【失調・不随意運動】部位（ ）
- 現在、床ずれ(じょくそう)がある。【褥瘡】部位（ ）
- 床ずれ以外に皮膚の病気がある。【その他皮膚疾患】部位（ ）

