

介護保険「主治医意見書」用問診票

・介護保険の要介護認定に必要な「主治医意見書」を正確に作成するため、ご協力をお願いします。

患者氏名：生年月日：

明・大・昭年 月 日（ 歳）

キーパーソン：(介護方針を決める際に相談できる人)

様 続柄：緊急連絡先：

●当院最終診察月日

令和 年 月 日

●当院以外に受診していますか？

☐ はい ☐ いいえ

●（はいと答えた方）どの科ですか？（該当する科全てに☑をつけてください）

- ☐ 内科（循環器科・糖尿病科・呼吸器科・消化器科などを含む）
- ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科
- ☐ 泌尿器科 ☐ 産婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科
- ☐ 歯科 ☐ その他

1、病気や障害についてお尋ねします

（1）心身が不自由になったのはいつ頃からですか？病名と発症時期を記入して下さい。

1	昭和・平成・令和	年	月	頃から
2	昭和・平成・令和	年	月	頃から
3	昭和・平成・令和	年	月	頃から

（2）この6ヶ月間で入院したり、病状に変化はありましたか？

☐ 病状は安定 ☐ 病状は不安定 ☐ 不明

↓

（不安定と答えた方）いつ頃から、どんな具合ですか？

昭和・平成・令和 年 月 頃から

どんな具合：

2、ここ14日間以内に以下の診療を受けていますか？（当てはまるものに☑をつけてください）

- ☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ（人工肛門）の処置
- ☐ 酸素療法 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護
- ☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 床ずれの処置 ☐ カテーテル（膀胱などへの）

3、心身の現在の状態についてお尋ねします

(1 a) 日常生活の程度は次のどれに当たりますか？（当てはまるものに☑をつけてください）

☐ J1 交通機関（バス・電車）を利用して、かなり遠くまで外出できる。

※公共交通機関を利用して、積極的にかなり遠くまで外出する場合が該当。

☐ J2 隣近所なら、一人で買い物や老人会の参加などで外出できる。

※隣近所への買物や老人会等への参加など、町内の距離程度の範囲で外出する場合が該当。

☐ A1 日中はベッドからはなれて生活しており、誰かの一緒ならば外出できる。

※寝たり起きたりしているものの、食事・排泄・着替えはもとより、その他の日中時間もベッドから離れている時間が長い。介護者がいれば、その介護を受けて、比較的多く外出する場合が該当。

☐ A2 あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。

※日中時間帯、寝たり起きたりの状態にあるものの、ベッドから離れている時間の方が長い。介護者がいても、まれにしか外出しない場合が該当。

☐ B ベッドに腰掛けたり座ることができるが、室内での日常生活には1人では難しい。
車椅子などに一人で（☐1 移動できる ・ ☐2 移動出来ない）。

1※介助なしに車椅子に移乗し、食事・排泄もベッドから離れて行う場合が該当。

2※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を必要。

☐ C 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて1人では出来ない。

自力で寝返りをうつことが（☐1 できる ・ ☐2 できない）。

1※ベッドの上で常時横になっているが、自力で寝返りを打ち、体位を変えることができる。

2※自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時横になっている。

☐ o 上記内容には特に当てはまらない

(1 b) 認知症についてお尋ねします。（当てはまるものに☑をつけてください）

☐ o 認知症はない。

☐ I 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ問題無い。

☐ II a 道に迷う、買い物や金銭の管理が出来ない、等の症状があるが、誰かが注意していれば自分で行える。

☐ II b 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、一人で留守番ができない。

☐ III 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により
日常生活において誰かの助けを必要とする。

症状が出ているのは（☐ a 日中 ・ ☐ b 夜間 ）

☐ IV 上記の多彩な症状により、常に目を離すことが出来ない。常時介護が必要とする。

☐ M せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。

※せん妄（軽いパニック症状・失見当識・周囲の状況が飲み込めず混乱している状態）

(2) 認知症の中核症状（理解及び記憶）についてお尋ねします。

- 物忘れがありますか？（同じ事を繰り返して言う等）
 - ☐ はい ☐ いいえ
- 日常の意志決定を行うための認知能力（自分で判断できるか）は、どの程度ですか？
 - ☐ 自立（毎日する事を自分で判断して、計画できる）
 - ☐ いくらか困難（新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある）
 - ☐ 見守りが必要（毎日の日程を一人でこなすのが困難）
 - ☐ 判断できない
- 自分の意志や考えが他の人に伝えられますか？
 - ☐ 伝えられる
 - ☐ いくらか困難（考えをまとめたり、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる）
 - ☐ 具体的要求に限られる（飲食、睡眠、トイレなどの意志を伝える程度）
 - ☐ 伝えられない（ジェスチャーやサインなどで、家族のみが解る程度）

(3) 認知症の周辺症状（問題行動の有無）についてお尋ねします。

次のような症状がありますか？（当てはまるものに☑をつけてください）

- ☐ 幻覚・幻聴（人や物がいないのに見えたり、聴こえたりする）
- ☐ 妄想（お金を盗られたと言ったりする） ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行
- ☐ 介護への抵抗（介護者の助言や介護に抵抗し支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない）
- ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末（タバコやガスコンロが管理できない）
- ☐ 不潔行為（排泄物をもてあそんだり、まき散らす場合などをいう）
- ☐ 暴食行動（食べ物でないものを口に入れたりする） ☐ 性的問題行為
- ☐ その他 _____

(4) 精神・神経症状についてお尋ねします。（当てはまるものに☑をつけて下さい。）

- ☐ 精神科・神経内科など受診したことがある
- ☐ 言葉が出なかったり、物の名前を言えなかったりすることがある。（失言症）
- ☐ ロレツが回らなくて聴き取りにくい（構音障害）
- ☐ おかしなことを口走ったり、物をつまむ様な行動をすることがある（せん妄状態）
- ☐ 一日中ウトウトしている（傾眠傾向）
- ☐ 自分の家やトイレの場所、季節などが分からなくなることがある（失見当識）
- ☐ 下着など一人で順番を間違えないで着替えることができない（着衣失行）

(5) 身体の状態についてお尋ねします。

- 利き腕 ☐ 右 • ☐ 左

- 身長 _____ c m ● 体重 _____ k g
- 過去6ヶ月間の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少
- 四肢（両手足）欠損はありますか？ ☐ ない ☐ ある（部位：_____）
- 左か右、どちらかに麻痺はありますか？
- ☐ ない ☐ 右腕（程度：☐軽 ☐中 ☐重） ☐ 右足（程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- ☐ 左腕（程度：☐軽 ☐中 ☐重） ☐ 左足（程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- ☐ その他（部位：_____ 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- 筋力の低下はありますか？
- ☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- 動きの悪くなっている関節はありますか？
- ☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- 関節の痛みはありますか？
- ☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- 不安定な動きや、手足のふるえがありますか？
- ☐ ない ☐ ある（☐右腕 ☐左腕 ☐右足 ☐左足 ☐右半身 ☐左半身）
- 床ずれありますか？
- ☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
- 皮膚疾患はありますか？
- ☐ ない ☐ ある（部位：_____ 程度：☐軽 ☐中 ☐重）

4、生活機能とサービスに関する意見

（1）移動についてお尋ねします。

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ● 屋外歩行 | ● 車いすの使用 | ● 歩行補助具・装具の使用 |
| ☐ 自立 | ☐ 使用していない | ☐ 使用していない |
| ☐ 介助があれば可能 | ☐ 主に自分で操作 | ☐ 屋外で使用 |
| ☐ してない | ☐ 主に他人が操作 | ☐ 屋内で使用 |

（2）栄養面・食生活についてお尋ねします。

- | | | |
|-----------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ● 食事行為 | ☐ 自分で食べられる | ☐ 全面的に介助している |
| ● 現在の栄養状態 | ☐ 良好 | ☐ 不良 |

（3）最近（ここ半年程度の間に）次のようなことがありましたか？

（該当する科全てに☑をつけてください）

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ 尿失禁 | ☐ 転倒・骨折 | ☐ 移動能力の低下 | ☐ 床ずれ |
| ☐ 心肺機能の低下（むくみ・息切れ・動悸・立ちくらみ） | | ☐ 閉じこもり | |
| ☐ 意欲低下 | ☐ 徘徊 | ☐ 栄養不足 | ☐ 食べ物がうまく飲み込めない |
| ☐ 脱水 | ☐ 風邪や膀胱炎などの感染症 | ☐ がん等による痛み | |

☐ その他

(4) 介護サービス等の利用による生活機能の維持・改善の見通し

医師が記入するため、記入不要です→

☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 現在次のような医学的管理を受けていますか？（該当する科全てに☑をつけてください）

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 訪問診療 | ☐ 訪問看護 | ☐ 訪問歯科診療 | ☐ 訪問薬剤管理指導 |
| ☐ 訪問リハビリテーション | ☐ 短期入所療養介護 | ☐ 訪問歯科衛生指導 | |
| ☐ 訪問栄養食事指導 | ☐ 通所リハビリテーション | | |
| ☐ その他の医療系サービス | | | |

(6) 介護上問題がありますか？

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ● 血圧の変動 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 細かく刻むなどしないと食べられない | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● うまく飲み込めない | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 移動するのに介助が必要 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 運動するのに介助が必要 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● その他 _____ | | |

(7) 感染症はありますか？（ありの場合は具体的に記入してください。）

☐ なし ☐ あり _____

困っていることやご要望がありましたら、記入してください。