

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 介護保険主治医意見書問診票

この問診票は、主治医の先生が介護保険「主治医意見書」を作成する際に、日ごろの状況をさらに詳しくご記入いただく補助資料となるものです。必要事項をご記入いただくことで申請者の主訴や心身状況をあらかじめ把握し、より円滑、かつ正確に意見書を作成することができます。ご記入後は、**埼玉県立循環器・呼吸器病センター** にご提出またはご郵送ください。

●記入した日： 年 月 日		●問診票を記入したのはどなたですか？ （お名前） （続柄）	
●どなたの問診票ですか？			
（お名前）		（ご住所）	
（生年月日） 年 月 日 [歳]		（性別）男 ・ 女	（電話番号）

- 1 現在、介護保険の認定を受けていますか？当てはまるところに✓印をつけてください。（例：☑）
- ☐ 受けている ☐ 受けていない
- 「受けている」に✓した方のみお答えください。
- *現在の介護度を教えてください。
- ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 / ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
- 2 他の病院(医師)にかかっていますか？
- ☐ はい ☐ いいえ
- 「はい」に✓した方のみお答えください。
- *診療科はどこですか？当てはまるところに✓印をつけてください。
- ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 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（ ）
- 3 生活に支障を与える直接の原因になっている病名又は症状を記入してください。
- 病名： _____ いつから： _____ 年 月 日
-
- 4 過去14日以内に受けた医療がありますか？当てはまるところに✓印をつけてください。
- ☐ 点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ(人工肛門)の処置 ☐ 酸素療法
☐ レスピレーター(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(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡(床ずれ)の処置 ☐ カテーテル(膀胱などへの)
- 5 食事行為についてお尋ねします。当てはまるところに✓印をつけてください。
- ☐ 自分一人で食べることができる、又は、見守りや励ましがあれば何とか自分一人で食べることができる。
☐ 他の者の全面的な介助が必要である。
- 6 日常生活での移動の状態についてお尋ねします。当てはまるところに✓印をつけてください
- 6-1 屋外歩行について
- ☐ 一人でできる。 ☐ 介助があればできる。 ☐ 屋外歩行をしていない。
- 6-2 車いすの使用について
- ☐ 全く用いていない。 ☐ 主に自分で操作している。 ☐ 主に他人が操作している。
- 6-3 歩行補助具(杖等)又は装具の使用(義足は含まない)について ※複数回答可
- ☐ 全く用いていない。 ☐ 屋外で用いている。 ☐ 屋内で用いている。
- 7 心身の状態についてお尋ねします。
- 7-1 わかる範囲で記入してください。
- ・身長 ()cm
・体重 ()kg →→→ 過去6か月の体重の変化(☐ 増えた ☐ 変わらない ☐ 減った)
・利き腕 ☐ 右 ☐ 左
- ≪裏面へ続く≫

《裏面へ続く》

7-2 身体の不自由な状態についてお尋ねします。当てはまるところに✓印をつけてください。

- ☐ 特に問題はない
- ☐ 何らかの障害等があるが、交通機関(バス、電車)を利用して遠くまで外出できる
- ☐ 隣近所なら、一人で買物や老人会の参加などで外出する
- ☐ 日中はベッドから離れて生活しており、誰かの介助があれば外出できる
- ☐ 外出の回数が少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている
- ☐ ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での日常生活には介助が必要
 - ・車椅子などに一人で移動できるか
 - ↳ ☐ できる ☐ できない
- ☐ 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助が必要
 - ・自力で寝返りをうつことができるか
 - ↳ ☐ できる ☐ できない

7-3 認知症の進み具合についてお尋ねします。当てはまるところに✓印をつけてください。

- ☐ 認知症はない
- ☐ 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ自立している
- ☐ 道に迷う、買物や金銭の管理ができない、などの症状はあるが、誰かが注意していれば自立できる
- ☐ 服薬管理ができない、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
- ☐ 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできないなどの症状により、日常生活に困難を来し、介護を必要とする
 - ↳ ☐ 日中を中心として症状が出ている ☐ 夜間を中心として症状が出ている
- ☐ 上記の症状により、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする
- ☐ 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

7-4 理解したり記憶したりすることについてお尋ねします。当てはまるところに✓印をつけてください。

- ・つい先程のことをすぐ忘れてしまうことがありますか？(例:今日食べた食事の時間や内容を覚えているか)
 - ☐ ある ☐ ない
- ・日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことはできますか？当てはまるところに✓印をつけてください。
 - ☐ できる。 ☐ 毎日の日課は自分で判断できるが、新しいことには多少の困難がある。
 - ☐ 毎日の日課をこなすにも合図や見守りが必要である。 ☐ 全くできない。
- ・自分のして欲しいことやして欲しくないことは、きちんと伝えられますか？当てはまるところに✓印をつけてください。
 - ☐ 伝えられる。 ☐ だいたい伝えられるが、多少の困難があり、時間がかかる。
 - ☐ 時々伝えられるが、飲食、睡眠、排泄等の基本的な内容に限られる。 ☐ 全く伝えられない。

7-5 認知症や精神・神経症状によって、次のような行動はありますか？当てあてはまるところに✓印をつけてください。
※複数回答可

- ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末
- ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()

7-6 筋力の低下や麻痺などがある部分、動かしにくい関節又は痛みがある関節はありますか？

ある場合のみ記入してください。

・どの部位ですか？

・どのような状態ですか？

--	--

※この問診票は、個人情報保護法に基づき、他の目的に利用することはありません。ご協力ありがとうございました。