

介護保険「主治医意見書作成用」問診票(※医療機関保管)

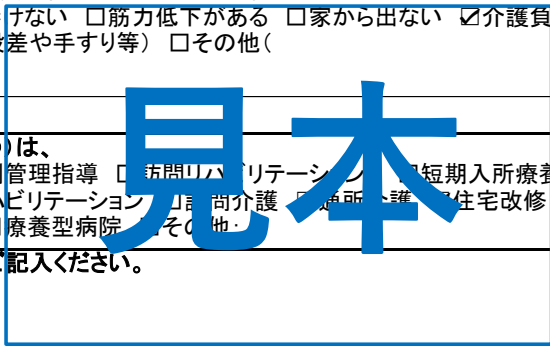
記入日: ●年●月●日

Form with fields for name, address, gender, date of birth, medical history, and contact information.

※「記入者氏名欄」について、やむを得ずケアマネジャー等がこの問診票を記入する場合には、記入者氏名欄に事業所名と氏名、連絡先を記入し、必ずご本人またはご家族に内容を確認してもらった上で、同意欄に署名をいただいでください。

それぞれ該当する項目に☑(チェック)を付けてください。

Form with application details, reasons for application, and service preferences.



①、②の日常生活の自立度等について、それぞれ該当する項目に一つだけ☑(チェック)を付けてください。

Table with two sections (① and ②) listing self-reliance levels and cognitive symptoms with checkboxes and codes.

次の症状はありませんか？		※各項目の、あてはまる選択肢に☑(チェック)をつけてください。	
5分・10分前のことも忘れてしまう(短期記憶)	<input checked="" type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	
日付・時刻、居場所、身近な人の識別ができない。できることとできないことが自分で理解できない(認知判断能力)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない	
自分の意思が相手に十分に伝えられない(意思伝達)	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる	<input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 伝えられない	
	起こりうる頻度・回数		
	なし (過去一カ月間に一度もない)	ときどきあり (1回/月以上、または1回未満/週)	ある (少なくとも1回/週以上)
見えないものが見える、聞こえないものが聞こえる(幻視・幻聴)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を盗られた等の被害妄想等がある(妄想)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間眠れずに日中の活動に影響がある(昼夜逆転)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声を出す、暴力的な発言・暴力を振るう(暴言・暴行)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護者の助言や介護に抵抗する(介護への抵抗)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない(徘徊)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や管理が出来ない(火の不始末)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便をいじる等の不潔行為がある(不潔行為)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられない物を食べてしまったり、口に入れてしまう(異食行動)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲が迷惑するような性的行動がある(性的問題行動)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>精神・神経症状はありますか？</b>	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの方は、下記に☑(チェック)をつけてください。		
<input type="checkbox"/> 言葉を話したり理解することに問題がある(失語)	<input type="checkbox"/> 順序がある工程や行動が出来ない(失行)		
<input type="checkbox"/> ろれつが回らない(構音障害)	<input type="checkbox"/> 人の顔がわからない(失認)		
<input type="checkbox"/> 変なことを口走ったり行動することがある(せん妄)	<input type="checkbox"/> けいれん発作がある(てんかん)		
<input type="checkbox"/> ゆううつで悲観的な言葉が多い(うつ状態)	<input type="checkbox"/> すぐに寝てしまう(傾眠)		
<b>専門医の受診</b>	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない		
	診療科目: <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他( )		

お体の状況についてお聞きます。

※あてはまる選択肢に☑(チェック)をつけてください。

身体の状態	利き腕	身長	体重	半年前と比べて
	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	●●●cm	●●kg	<input type="checkbox"/> 増えた <input checked="" type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変わらない
※身長・体重はデイスサービス・ショートステイ等で測定されたものでもいいです。未記入の場合は、医療機関で測定し記入をお願い致します。				
身体の中で痛みや動きにくい部分はある(例:痛み・震え・マヒ・筋力低下・拘縮)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	箇所: 腰	症状: 痛み 筋力低下	
床ずれや湿疹等の皮膚の病気がある	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	箇所: 背中	症状: <input type="checkbox"/> 床ずれ <input checked="" type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他( )	
屋外での歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input checked="" type="checkbox"/> していない	
車椅子の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作する	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作する	
杖やシルバーカーや歩行器の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用(複数で選択可)	
食事の摂取	<input type="checkbox"/> 自立またはなんとか自分で食べれる		<input checked="" type="checkbox"/> 全面介助	
尿の失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 失禁がある		<input type="checkbox"/> 失禁はない	

お願い！！

※ご本人・ご家族へ

この問診票は、主治医の先生が介護保険「主治医意見書」を作成される際に、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。必要事項をご記入の上、かかりつけの医療機関(介護保険[要介護認定・要支援認定]申請書の主治医(かかりつけ医)欄にご記入いただいた先生)に提出してください。

※主治医の皆様へ

主治医意見書ご記入の際に、参考資料としてご活用ください。

この問診票は、主治医意見書作成を支援する任意の書類です。(この書類の保管は、医療機関でお願いいたします)

ご不明な点は、大和市医師会在宅医療・介護連携支援センター(046-200-6556)までお問い合わせください。