

◎ご本人、ご家族様へ この問診票は、主治医が介護保険「主治医意見書」を作成し、日ごろの状況をさらに詳しく記入するための補助資料となるものです。わかる範囲で結構ですので必要事項を御記入の上、かかりつけの医療機関の主治医(かかりつけ医)に提出してください。

◎主治医の先生へ 主治医意見書御記入の際に、参考資料として御活用ください。この書類は任意の書類です。個人情報保護の観点から取り扱いにご注意ください。

介護保険「主治医意見書作成参考用」問診票

ふりがな						住所 〒	—	
本人 氏名								
性別	男・女		電話	—		—		
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日			
記入者 氏名				本人との 関係		記入日	年 月 日	
※同意欄（ケアマネジャー等が記入者の場合のみ）								
（本人との関係）								
利き腕	右・左	身長	cm	体重	kg	半年前と比べて 増えた・減った・変わらない		
他の医療機関への通院		ある・ない	診療科名 (複数記入可)					
主治医からの問合せにお答えくださる方 氏名： 続柄： 電話番号：								

※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、同意欄に署名を頂いてください。

お願い ①、②について、該当する項目に一つだけ (チェック)を付けてください

【障害高齢者日常生活自立度】

①今のお体の状態について、最も近いものはどれですか？

- (自立) 特に問題もなく健康である。
 (J) 何らかの病気や体力低下はあるが、日常生活は自立しており一人で外出もできる。
 (A) 屋内での生活は自立しているが、外出には付き添いが必要である。
 (B) 屋内での生活にも何らかの手助けが必要で、日中もベッド上で過ごすことが多い。
 (C) 1日中ベッド上で過ごしており、食事やトイレ等生活全般に介助が必要である。

【認知症高齢者日常生活自立度】

②現在の認知症の症状・物忘れ等について、最も近いものはどれですか？

- (自立) 認知症の症状（ひどい物忘れや被害妄想等）はない状態。
 (I) 時々物忘れもあるが、年齢相応で日常生活の上では問題となっていない状態。
 (II) 認知症の症状はあるが、誰かの注意があれば生活上問題にならない状態。
 (III) 日常生活にも支障があり、誰かの介助を必要としている状態。
 (IV) 日常生活にも支障があり、常に目が離せない状態。
 (M) 精神症状や認知の症状が常にみられ、専門医療が必要な状態。

※裏面につづく

③次の行動等は、ありますか？

*ご家族等が、日ごろ気になる点を記入してください

気になる行動 注：1ヶ月以内に該当する行動があった場合は、該当する 項目全てに☑をし、頻度・回数欄に ○をつけてください	起こりうる頻度・回数		
	週1～7回	月1～3回	以前あった
<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 物を盗られた等の被害妄想等がある(妄想)			
<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"/> 大声を出す、暴力的な発言・暴力を振るう(暴言・暴行)			
<input type="checkbox"/> 介護者の助言や介護に抵抗する(介護への抵抗)			
<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 type="checkbox"/> 火の始末や管理が出来ない(火の不始末)			
<input type="checkbox"/> 便をいじる等の不潔行為がある(不潔行為)			
<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 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 type="checkbox"/> 食事したことを忘れて、家族の顔がわからない(ひどい物忘れ)			
<input type="checkbox"/> 言いたい言葉が出ない。ろれつが回らない(失語・構音障害)			
<input type="checkbox"/> 書けるはずの簡単な字などが書けなくなる(失語・構音障害)			
<input type="checkbox"/> 精神的な混乱、錯覚、興奮等が急激かつ不安定に出現することがある(せん妄)			
<input type="checkbox"/> 「眠ってばかりいる」というようなことがある(傾眠傾向)			
<input type="checkbox"/> 「日付や曜日がわからない」または「人が誰だかわからない」ということがある(失見当識)			
<input type="checkbox"/> 左右や、ドアの開け方等がわからないようなことがある(失認)			
<input type="checkbox"/> 服を着る順序や入浴の手順がわからなくなることがある(失行)			
<input type="checkbox"/> 5分・10分前のことも忘れてしまう(短期記憶)	常に	時々	ない
<input type="checkbox"/> 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)	常に	時々	ない
<input type="checkbox"/> 自分の意思が相手に十分に伝えられない(意思伝達)	常に	時々	ない

④現在のお体の状況についてお聞きします

注：あてはまる選択肢に ○を付けてください

<input type="checkbox"/> 手足の中で痛みや動きにくい部分がある	箇所 _____	症状 痛み・震え・マヒ・筋力低下
<input type="checkbox"/> 床ずれや湿疹等の皮膚の病気がある	箇所 _____	症状 床ずれ・湿疹・その他
<input type="checkbox"/> 屋外での歩行	自立・介助があればしている・していない	
<input type="checkbox"/> 車イスの使用	なし・主に自分で操作する・主に他人が操作する	
<input type="checkbox"/> 杖やシルバーカーや歩行器の使用	なし・屋外で使用・屋内で使用(複数選択可)	
<input type="checkbox"/> 食事の摂取	自立またはなんとか自分で食べられる・全面介助	
<input type="checkbox"/> 尿の失禁	失禁がある・失禁はない	

⑤現在、生活や介護を行う上で、困っていることがあれば御記入ください

⑥ケアマネジャーが決まっていたらお知らせください

氏名：
電話番号：
事業所名：

(ご協力ありがとうございました)