

主治医意見書記載に際しての問診票

この問診票は、医師が意見書を記載する際に参考にするものです。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者名 _____ (生年月日) M・T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者名 _____ (続柄) _____

1、既往歴（今までにかかった病気）・治療
中の病気を記入してください。

病名	発病年月

2、主治医意見書記載以外で継続的に診察を受けている病院はありますか。
はい _____ ・ いいえ _____

病院名	病名

3、身体の状態をチェックしてください。

身長 () cm 体重 () kg(おおよそで結構です)
過去6ヶ月の体重の変化(増加・維持・減少)
利き手(右・左)
麻痺はありますか。 (<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢)
(<input type="checkbox"/> その他)
関節の拘縮・痛みはありますか。ある場合は部位を記入 (<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> ある 部位)
床ずれはありますか。ある場合は部位を記入 (<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> ある 部位)
屋外歩行 (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助あり・ <input type="checkbox"/> していない)
車椅子の使用 (<input type="checkbox"/> 用いてない・ <input type="checkbox"/> 主に自分で操作・ <input type="checkbox"/> 主に他者が操作)
食事行為 (<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自立している・ <input type="checkbox"/> 全介助)
栄養状態 (<input type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 不良)
むせ込み (<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> ある)

4、日常生活における身体の状態（一番近いものについて1つだけチェックをしてください。）

<input type="checkbox"/> 身体的に問題ない。(自立)
<input type="checkbox"/> 多少不自由なことはあるが自分のことは行え、電車・バスなどを利用して外出している。(J1)
<input type="checkbox"/> 多少不自由なことはあるが自分のことは行え、隣近所へなら外出している。(J2)
<input type="checkbox"/> 家の中では自分のことは自分で行え、日中はほとんどベッドから離れており介助にて外出している。(A1)
<input type="checkbox"/> 家の中では自分のことは自分で行え、外出することが少なく寝たり起きたりしているが介助により外出している。(A2)
<input type="checkbox"/> 家の中での生活に何らかの手助けが必要で、日中もベッドの上の生活が中心であるが、自分で車椅子に移れ食事・排泄はベッドから離れて行っている。(B1)
<input type="checkbox"/> 家の中での生活に何らかの手助けが必要で、日中もベッドの上の生活が中心であり、座ることはできるが介助により車椅子に移っている。(B2)
<input type="checkbox"/> 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であるが自分で寝返りを行う。(C1)
<input type="checkbox"/> 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であり自分で寝返りが行えない。(C2)

5、日常生活における精神的な状況（一番近いものについて1つだけチェックをしてください。）

- 精神的に問題ない。（自立）
- 日常生活において、多少ちぐはぐなことはあるが特に問題はない。（Ⅰ）
- 日常生活において、道に迷う・買物や事務・金銭管理等今までできていたことにミスが見られるが、誰かが注意していれば生活できる。（Ⅱ a）
- 日常生活において、服薬管理ができない・電話の対応や訪問者の対応が難しくなっており、一人で留守番ができない等問題があるが誰かが注意していれば生活できる。（Ⅱ b）
- 日常生活において、認知機能の低下により着替え・食事・排泄などが上手にできなかつたり、時間がかかり、誰かが介護しないといけない状況が日中を中心にある。（Ⅲ a）
- 日常生活において、認知機能の低下により着替え・食事・排泄などが上手にできなかつたり、時間がかかり、誰かが介護しないといけない状況が夜間を中心にある。（Ⅲ b）
- 日常生活に支障を来し着替え・食事・排泄などが上手にできなかつたり、付きっきりで介護しないと生活できない。（Ⅳ）
- 大声を出したり、意味不明なことを言ったり、興奮して暴れたりするので、家庭で介護することが出来ないか又は非常に困難な状況である。（Ⅴ）

6、認知症の周辺症状（気になることがありましたらチェックをしてください。複数可）

- 実際にはないものが見えたり、聞こえたりするようなことがありますか。
- 実際になかったことをあったように言うことがありますか。
- 昼夜逆転していませんか。
- 介護に抵抗・拒絶することはありますか。
- 目的もなく歩き回ったり、外出することはありますか。
- タバコ・コンロの消し忘れ、火の不始末はありますか。
- 排便したあと、便を触ったり汚れた下着を隠すことはありますか。
- 食べ物でないものを食べたり、口に入れることはありますか。
- 家族や周囲の人が困るような性的な言動や行為はありますか。
- その他、気になる行動がありましたら記入してください。

（ ）

7、現在家族が困っていることや不安に思っていることがありましたら記入ください。

主治医意見書の作成については市から依頼しますが、医療機関によっては、この問診票以外にその医療機関専用の問診票の提出や再受診が必要となる場合があります。あらかじめ医療機関へ確認するなど、ご協力をお願いします。