

「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。

● 当院の最終診察月日

平成 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 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 _____

患者氏名 _____

生年月日

明・大・昭 年 月 日生 (歳)

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 年 月 頃から

2. _____

昭和・平成 年 月 頃から

3. _____

昭和・平成 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？

平成 年 月 頃から どんな具合：

2. ここ14日間以内に以下の医療を受けていますか？ (当てはまるものに✓をつけて下さい)

- 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

(1a) 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✓をつけて下さい）

- o 特に問題はない。
- 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、一人で買物や老人会の参加などで外出する。
※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、誰かの介助があれば外出できる。
※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、その介助を受けて、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がの方が長いが、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、屋内での日常生活には介助が必要。
車椅子などに一人で（ 1 移動できる・ 2 移動できない）。
1 ※介助なしに車椅子に移乗し、食事も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、着替えにおいて介助を要する。
自力で寝返りをうつことが（ 1 できる・ 2 できない）。
1 ※ベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち、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、ベッド上で常時臥床している場合が相当。

(1b) 認知症についてお尋ねします。（当てはまるものに✓をつけて下さい）

- o 認知症はない。
- I 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ自立している。
- IIa 道に迷う、買物や金銭の管理ができない、などの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。
- IIb 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、日常生活に困難を來し、介護を必要とする。（ a 日中・ b 夜間）を中心として症状が出ている。
- IV 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。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。

(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、適當な言葉を選ぶのに時間がかかる）
- 具体的要要求に限られる（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？（該当するものに✓をつけて下さい）

- 幻視・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、介護に支障がある状態。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） 性的問題行動
- 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、物の名前を変えなかったりすることがある（失語症）
- ロレツが回らなくて聞き取りにくい（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 _____ cm ●体重 _____ kg

●過去6ヶ月間の体重の変化 増加 維持 減少

●四肢欠損はありますか? ない ある(部位: _____)

●左か右、どちらかに麻痺がありますか?

ない 右上肢(程度: 軽 中 重) 右下肢(程度: 軽 中 重)

左上肢(程度: 軽 中 重) 左下肢(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(右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 右体幹 左体幹)

●床ずれはありますか?

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

自立

介助があれば可能

していない

●車いすの使用

使用していない

主に自分で操作

主に他人が操作

●歩行補助具・装具の使用

使用していない

屋外で使用

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?

(該当するものすべてに✓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・動機・立ちくらみ） 閉じこもり
 意欲低下 徘徊 栄養不良 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？(当てはまるものに✓をつけて下さい)

- 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 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> あり |
| ● 細かく刻むなどしないと食べられない | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> あり |
| ● うまく飲み込めない | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> あり |
| ● 移動するのに介助が必要 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> あり |
| ● 運動するのに介助が必要 | <input type="checkbox"/> 特になし | <input type="checkbox"/> 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。



～ご協力ありがとうございました～