

介護保険 主治医意見書問診票

この問診票は、介護保険の要介護認定に必要な主治医意見書を正確に記載することを目的にしています。
また、個人情報保護法に基づき、上記の目的以外に使用することはありません。 枚方市医師会

記入者: _____ 本人との関係: _____ 記入日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 申請者氏名			住所〒	—
生年月日	M・T・S	年 月 日	電話番号	
身長:	cm/不明	体重	kg / 不明 ※ここ6か月で <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変化なし	
利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居(<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> その他)	

1. 介護保険の申請をした主な理由は何ですか？ 申請は 初めて 更新 区分変更

[_____]

2. 当院当科あるいは当院以外の医療機関にかかっている場合は以下に記入してください。

医療機関名	診療科()	病名: いつ頃から: S・H・R _____ 年 _____ 月頃 / 不明
医療機関名	診療科()	病名: いつ頃から: S・H・R _____ 年 _____ 月頃 / 不明

3. 生活に支障を来している直接の原因である「病名」または「症状」はなんですか？

※例えば「物忘れ」「脳卒中」「膝関節症」「筋力低下」など。

病名または症状	いつ頃から: S・H・R _____ 年 _____ 月頃 / 不明
---------	------------------------------------

4. この6か月の間に病状や介護の手間で変わったことはありますか？

- ・ 病 状 改善 やや改善 やや悪化 悪化 変化なし
- ・ 介護の手間 軽減 やや軽減 やや増加 増加 変化なし

[どうかわりましたか？]

5. お身体の状態についてお尋ねします。

(1) 麻痺や筋力低下などにより、動かしにくいところがありますか？

なし あり ➡ 部位()

(2) 関節の動きが悪い、または痛む関節はありますか？

なし あり ➡ 部位 肩関節(右・左) ひじ関節(右・左) 股関節(右・左)
ひざ関節(右・左) 腰背部 その他()

(3) 自分の意志に反した体の動きや震えがありますか？

なし あり ➡ 部位()

6. 食事は自分で摂取されていますか？

自分で食べている 少し介助があれば食べられる 全面的に介助が必要

7. 日常の動作(移動)についてお尋ねします。

(1)屋外を歩いていますか？

歩いている 介助があれば歩いている 歩いていない

(2)車いすを使っていますか？

使っていない 使っている ➡ 主に自分で操作している 主に他人が介助している
 ※使っている場合 介助式 自走式 電動車いす(電動カート)

(3)歩行補助具(杖、シルバーカー、下肢装具等)を使っていますか？

使っていない 使っている ➡具体的に何をお使いですか？()
 ➡歩行状態はどうか？()

8. 家庭でのご様子についてお尋ねします。

5分、10分前のことを忘れるなど、物忘れがある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
同じ事を繰り返し何度も聞く。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
実際には見えないものが見えたり、聞こえないものが聞こえる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
ものを撮られたなど被害的なことをいう。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出す。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
家族や介護者に暴力的な発言や暴力がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
介護するときに抵抗して、介助ができない。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
ガスの消し忘れや火の不始末がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
便を触るなど不潔な行為がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
食べられないものを食べてしまったり、口に入れる。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある
周囲が迷惑するような性的行動がある。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ある

9. 現在、生活や介護を行う上で、困っていることや先々の不安などがあれば、具体的にご記入ください。

例)近くに頼れる身寄りがない、一人きりの時に倒れて動けなくなるのが心配 など

【ACP(人生会議)についてのご質問】

10. これからの生活や療養で、大切にしたいことや周囲に伝えておきたい思いがあればご記入ください。

例)できるだけ今の家で生活したい、苦痛の大きい治療や延命処置は避けたい など

※この思いを 伝えている人がいる 誰にも伝えていない 伝えるのが難しい

11. ご自身の思いを伝えている、または伝えておきたい人、手術や治療などをあなたに代わって判断してくれる人(代弁者)はどなたですか？

お名前	続柄()	電話番号	
お名前	続柄()	電話番号	

以上、ご協力ありがとうございました。