

介護保険 主治医意見書用問診票

記入日：令和 年 月 日

枚方市医師会

記入者：

本人との関係：

フリガナ 申請者 氏名		住所 〒	—				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	電話	—	—
身長	cm / 不明	体重	kg / 不明	*ここ6か月で □増 □減 □変化なし			
利き腕	右・左	世帯状況：独居・同居（夫婦世帯・その他（ ））					

1. 介護保険の申請をした主な理由は何ですか？（初めて・更新・区分変更）

[]

2. 当院他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下さい。

医療機関名	診療科（ ）	病名：	いつ頃から：昭和・平成	年	月頃	・不明
医療機関名	診療科（ ）	病名：	いつ頃から：昭和・平成	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」は何ですか？

*例えば「物忘れ」「脳卒中」「膝関節症」「高齢による筋力低下」など。

病名または症状：	いつ頃から：昭和・平成	年	月頃	・不明
----------	-------------	---	----	-----

4. この6カ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？

どう変わりましたか？

・病状：改善・やや改善・やや悪化・悪化・変化なし
・介護：軽減・やや軽減・やや増加・増加・変化なし

[]

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 *ある場合は下記に○をつけてください。

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) 自分の意思に反した身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 介助があれば食べれる 全介助が必要である

【裏面へ続きます】

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 主に自分で操作している 主に他人が操作している

*使っている場合 … 介助式 自走式 電動車いす(電動カート)

(3)歩行補助用具(杖・シルバーカー・下肢装具等)を使っていますか？ *複数回答可

使っていない 屋外で使う 屋内で使う

*使っている場合 … 具体的になにをお使いですか？歩行状態はどうですか？

{

8.家庭でのご様子についてお尋ねします。

*あてはまる箇所に○をつけてください。

5分、10分前のことを忘れるなど、もの忘れがある。	ない ・ 時々 ・ ある
同じことを繰り返し何度も聞く。	ない ・ 時々 ・ ある
実際には見えないものが見えたり、聞えないものが聞える	ない ・ 時々 ・ ある
物を盗られた等被害的なことを言う。	ない ・ 時々 ・ ある
昼間は寝ていて、夜間に動き回ったり、大声を出す。	ない ・ 時々 ・ ある
家族や介護者に暴力的な発言や暴力を振るう。	ない ・ 時々 ・ ある
介護する時に抵抗して、介助できない。	ない ・ 時々 ・ ある
目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない。	ない ・ 時々 ・ ある
ガスの消し忘れや火の不始末、管理ができない。	ない ・ 時々 ・ ある
便を触るなど不潔な行為がある。	ない ・ 時々 ・ ある
食べられない物を食べてしまったり、口に入れる。	ない ・ 時々 ・ ある
周囲が迷惑するような性的行動がある。	ない ・ 時々 ・ ある

9.現在、生活や介護を行なう上で、困っていることを具体的にご記入ください。

{

以上、ご協力ありがとうございました。

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。
この問診票は個人情報保護法に基づき、上記の目的以外に利用することはありません。