

「主治医意見書」作成のための質問票

～狛江市 介護認定申請者 医療機関提出用～

ご本人様、ご家族様へ

この質問票は、日常生活の状況を正しくお伝えいただき、介護認定における「主治医意見書」作成の参考にさせていただくものです。そのため、提出は任意ですが、できる限り日常的に患者様と接することの多い介護者またはケアマネジャーのご協力の下お答えください。該当すると思われる項目を選択、または空欄に記載してお答えいただき、分からない所は空欄のまま、医療機関にご提出ください。

ただし、医師の判断によっては、この質問票に記載した内容全てが「主治医意見書」に反映されるとは限りませんので、ご了承ください。

主治医の皆様へ

この質問票は、主治医意見書作成時に参考としていただくものです。また、重要な個人情報ですので、取扱いには充分ご配慮くださいますようお願いいたします。本調査票は、狛江市に提出していただく必要はありません。

記入日	年	月	日
患者氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日
記入者氏名		続柄	

1	○日常生活上での障がいについて ※最も近いと思われる状態、1つのみ選択してください。
	<input type="checkbox"/> 障がい等は全くない
	多少の不自由さはあるが、1人で外出できる。 <input type="checkbox"/> バスや電車を利用し、遠出ができる <input type="checkbox"/> 近所だけであれば、できる
	屋内での生活は自立しているが、外出には付添いが必要。 <input type="checkbox"/> 昼間はしっかり起きている <input type="checkbox"/> 昼間も寝たり起きたりしている
	屋内での生活に何らかの手助けが必要で、座れるが横になって過ごすことが多い。 <input type="checkbox"/> ひとりで車いすに乗れ、食事・排泄はベッドから離れて行う <input type="checkbox"/> 車いすに乗るのに、手助けが必要
座ることはできず、日常生活全てに介助が必要。 <input type="checkbox"/> 寝返りはひとりでできる <input type="checkbox"/> 介助なしでは寝返りができない	

2	○もの忘れや気になる言動について ※最も近いと思われる状態、1つのみ選択してください。
	<input type="checkbox"/> もの忘れや気になる言動は全くない
	<input type="checkbox"/> 時々もの忘れなどはあるが、年齢相応で生活に支障はない
	下記のような様子はあるが、誰かが注意していれば生活できる。 <input type="checkbox"/> 外出先で道に迷う、買い物や金銭管理等でミスが目立つ <input type="checkbox"/> 服薬管理ができない、電話対応や訪問者対応ができない
	下記のような様子が見られる。 ①日常生活に支障を来す言動(例:着替え・食事・排泄が上手にできない、異物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、大声を出す等)や、 ②意思疎通が難しく、介助が必要な状態。 <input type="checkbox"/> おもに昼間 <input type="checkbox"/> おもに夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜関係なく常に目が離せないが、他者に危害は及ばない <input type="checkbox"/> 他に危害が及ぶ可能性があり、専門医療が必要。または意思疎通ができない
	3
	○記憶や意思について ※各項目の最も近いと思われる状態、1つのみ選択してください。
	食事したことや、約束したことを忘れる等、最近の事柄を忘れることがある。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	お金の管理、薬の服用、日々の予定の管理について <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 戸惑うができる <input type="checkbox"/> 誰かの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 全くできない
	自分のして欲しいことや、して欲しくないことを、 <input type="checkbox"/> 問題なく伝えることができる <input type="checkbox"/> だいたい伝えられるが、時間がかかる <input type="checkbox"/> 表情の変化等で伝えられるが、内容は限られる <input type="checkbox"/> 全く伝えられない

<p>4 ○日常生活で問題となるような行動について</p> <p>※該当する状態、全てを選択してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 実際には見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえる</p> <p><input type="checkbox"/> 現実にはないことを現実のように話す</p> <p><input type="checkbox"/> 夜眠れずに、日中の活動ができない</p> <p><input type="checkbox"/> 他者をおどしたり、怒鳴ることがある</p> <p><input type="checkbox"/> 他者に手をあげたり、殴りかかることがある</p> <p><input type="checkbox"/> 介護されることを嫌がり、抵抗する</p> <p><input type="checkbox"/> ひとりで歩き回ったり、外出して戻れないことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 鍋をこがすなど、火の消し忘れがある</p> <p><input type="checkbox"/> 便をいじる、おむつを外すなど不衛生な行為がある</p> <p><input type="checkbox"/> 食べ物ではない物を、口に入れる</p> <p><input type="checkbox"/> 抱きついたり、胸やお尻を触ったりする</p> <p>その他、日常生活で問題になる行動</p> <p>[]</p>	<p>6 ○移動の状態について</p> <p>※各項目の最も近いと思われる状態を、1つのみ選択してください。</p> <p>屋外での歩行について <input type="checkbox"/> ひとりでできる <input type="checkbox"/> 付添いが必要 <input type="checkbox"/> していない</p> <p>車いすについて <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 自分で操作できる <input type="checkbox"/> 他者が操作する</p> <p>歩行器や杖について <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用</p>
<p>5 ○身体の状態について</p> <p>※各項目の最も近いと思われる状態を選択し、空欄には分かる範囲でご記入ください。</p> <p>利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長(cm) 体重(kg)</p> <p>過去6か月の体重の変化 (<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)</p> <p>切断などで、手・足・指が失われている部分が</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>手・足などで、力が入らない、力が入りづらいところが</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>手・足などの関節が硬くなって動きにくいところが</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>手・足などの関節が痛くて動きにくいところが</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>手・足などが震えて思うように動かないところが</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>床ずれ(じょくそう)がありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない</p> <p>湿疹や水虫など皮膚に薬を塗っているところが</p> <p><input type="checkbox"/> ある (部位) <input type="checkbox"/> ない わからない</p>	<p>7 ○栄養・食生活について</p> <p>※各項目の最も近いと思われる状態、1つのみ選択してください。</p> <p>食事 <input type="checkbox"/> 自分で食べることができる</p> <p><input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要</p> <p>栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 (よく食べる、年齢相応)</p> <p><input type="checkbox"/> 不良 (食欲なく、やせてきている)</p> <p>○現在の状態について</p> <p>※該当する状態、全てを選択してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 尿漏れする</p> <p><input type="checkbox"/> よく転ぶ、骨折したことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 移動には手助けが必要</p> <p><input type="checkbox"/> 少し動くと息切れし、苦しい様子がある</p> <p><input type="checkbox"/> 人に会うことや、外出するのを嫌がる</p> <p><input type="checkbox"/> やる気がなくなり、今までやっていたことをしなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 食事中にむせたり、食べこぼすことがあり、上手く食べることが出来ない</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚・口の中・舌が乾燥し、尿の量が少なくなった</p> <p><input type="checkbox"/> よく熱が出る、咳や痰、湿疹などができる</p> <p><input type="checkbox"/> 身体のどこかに激しい痛みがある</p>
	<p>8 ○その他 (日常生活で困っていることなど、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください)</p> <p>[]</p>