

介護保険 **主治医意見書作成のための質問票** (目黒区医師会・目黒区)

◎申請者様、ご家族様へ

この質問票は、主治医が介護保険「主治医意見書」を作成される際に参考資料となるものです。医師の判断によっては、この質問票に記載した内容のすべてが主治医意見書に反映されるとは限りません。

日頃の様子を分かる範囲でご記入の上、すみやかに主治医意見書を作成される医師(医療機関)にご提出ください。

また、この質問票は主治医意見書作成以外に使用されることはありません。使用後は大切な個人情報として医師の守秘義務により保全されます。

◎主治医の皆様へ

この質問票は、主治医意見書ご記入の際に、参考資料としてご活用ください。

(目黒区に提出していただく必要はありません。)

ふりがな	住所 〒 -		
本人氏名			
性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	電話 - -		
生年月日・年齢 明治・大正・昭和	年	月	日 ( 歳)
記入者氏名	続柄	電話 - -	記入日 年 月 日
主に介護を行っている方 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> その他( )			
今回の申請は <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更			
申請理由			
主治医意見書作成の主治医以外に、受診している医療機関の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
あるの方は、受診している科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他( )			

1 日常生活の様子について あてはまる1番近いもの1つだけに☑をつけてください。

- 体に不自由なところは全くない。
- 体が多少不自由ではあるが、電車やバスに乗り1人で外出できる。
- 体が不自由ではあるが、隣近所であれば1人で外出できる。
- 屋内ではおおむね自立。介助により外出でき、日中はベッドから離れて生活する。
- 屋内ではおおむね自立。外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
- 主にベッド上の生活。自分で車椅子に乗り、食事・排泄はベッドから離れて行う。
- 主にベッド上の生活。車椅子に乗り降りするには介助が必要。
- 1日中ベッド上で過ごし、着替え、食事、排泄において介助が必要だが、自力で寝返りをうてる。
- 1日中ベッド上で過ごし、着替え、食事、排泄において介助が必要で、自力で寝返りもうてない。

2 物忘れ、認知機能の様子について あてはまる1番近いもの1つだけに☑をつけてください。

- 物忘れ等、特に気になる症状はない。
- 物忘れ等あるが、日常生活はほぼ自立している。
- たびたび道に迷う、買い物や事務、金銭管理等にミスが目立つ等、家庭外で支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られるが、手助けがあれば自立できる。
- 電話や来客の対応等一人で留守番が出来ない、服薬管理が出来ない等、家庭内で支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られるが、手助けがあれば自立できる。
- 日中を中心に、着替え、食事、排便、排尿がうまく出来ず、失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為、徘徊等の異常行動があり、介助を必要とする。
- 夜間に失禁、大声、奇声、火の不始末、不潔行為、徘徊等の異常行動があり、家族が夜に起こされる。
- 昼夜を問わず目が離せず、常に介護を必要とする。
- 被害妄想、暴力、落ち込み等の精神症状がひどく、家族の手に負えず、専門医が必要。

※ 裏面につづく

3 日常生活で問題となる行動について あてはまる1番近い項目の頻度・回数欄に☑をつけてください。

	頻度・回数		
	常にある (週1回以上)	時々ある (月1～3回)	ない・ 以前あった
5分・10分前のことも忘れてしまう			
以前は自分で決めていたことが、決定できない			
要求や気持ちを上手く伝えられない			
実際に無いものが見えたり、聞こえないものが聞こえたりする			
「物を盗まれた」等事実と違うことを言う			
昼夜逆転(昼は寝ていて、夜に動いたり騒いだりする)する			
今までに無かったような暴言を吐く			
周囲の人に対し、暴力をふるうことがある			
介護者の助言や介助に対して抵抗する			
目的もなく動き回ったり、外出すると一人で戻れない			
火の始末や管理ができない			
便をいじる等の不潔行為がある			
食べられないものを食べてしまったり、口に入れてしまう			
周囲の人が迷惑するような性的な発言や行為がある			

4 身体の様子について あてはまる1番近いものに☑をつけ、カッコ( )に部位や頻度等を記入してください。

利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
身長( )cm	体重( )kg	過去6か月の体重変化 <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減った	
マヒや力が入らず不自由なところがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(部位: )		
関節に痛みや動きにくさがあり不自由なところがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(部位: )		
床ずれ(じょくそう)や湿疹等の皮膚の病気がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(部位: )		
屋外での歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない		
車いすの使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作する <input type="checkbox"/> 主に他の人が操作する		
杖や歩行器、シルバーカー、装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 屋外で使う <input type="checkbox"/> 屋内で使う		
食事は自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 自立またはなんとか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない(全面介助)		
食事中にむせることがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度: )		
尿や便をもらすことがある(尿意や便意がわからない)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度: )		

5 その他に日常生活の上で困っていること、利用したい介護サービスの希望、主治医に伝えておきたいこと等ありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました