

# 問 診 票

記載者連絡先： \_\_\_\_\_

「主治医意見書」を作成するため、ご協力をお願いします。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）

記載者名： \_\_\_\_\_ 様 ・ 本人

当院以外に受診していますか。

はい いいえ

はい の場合どの科ですか。（該当する科すべてに  をつけて下さい）

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

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。病名を記入して下さい。

(1) \_\_\_\_\_ 昭和・平成 年 月 日頃

(2) \_\_\_\_\_ 昭和・平成 年 月 日頃

(3) \_\_\_\_\_ 昭和・平成 年 月 日頃

(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

不安定と答えた方のみ記入してください。（いつ頃から、どんな具合ですか）

平成 年 月頃

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 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 レ をつけて下さい)

- 0 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は該当。
- 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は該当。
- 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、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は該当。
- 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の方が長い、介護者がいても、まれにしか外出しない場合は該当。
- B1 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移動できる。  
※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は該当。
- B2 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移動できない。  
※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を要する。
- C1 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できる。  
※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。
- C2 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できない。  
※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 レ をつけて下さい)

- 0 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。
- II a 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。
- II b 服薬管理ができない、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 a 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、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。日中を中心として症状が出ている。
- III b 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、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。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、専門家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）

- a. 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
- b. 日常の意思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（毎日することを自分で判断して、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
- c. 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、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる）  
具体的要求に限られる（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、家族のみがわかる程度）

(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、聞こえたりする）  
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。

- 精神科、神経内科など受診したことがある  
言葉が出なかつたり、物の名前を言えなかつ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）  
おかしいことを口走つたり、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、季節などがわ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。(過去6ヶ月間の体重の変化 増加 維持 減少)

利き腕=右 左 身長=  cm 体重=  Kg

四肢欠損はありますか

(部位:  )

- 左か右、どちらかに麻痺がありますか  
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

(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

(部位 :

程度 : □軽 □中 □重)

□関節の痛みがありますか

(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

(部位 :

程度 : □軽 □中 □重)

□床ずれはありますか

(部位 :

程度 : □軽 □中 □重)

□皮膚疾患はありますか

(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

車椅子の使用

□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

【医師記入】栄養・食事上の留意点 (

)

##### (3) 最近(ここ半年)次のようなことがありましたか。(該当するものすべてにレ)

□尿失禁

□転倒・骨折

□移動能力の低下

□床ずれ

□脱水

□むくみ・息切れ・動悸・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

□風邪や膀胱炎などの感染症

□がん等による痛み □その他

【医師記入】対処方針 (

)

##### (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【医師記入】

□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

□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 (有の場合は具体的に記入してください)

- なし あり ( ) 不明

-----

記入すべき特記事項【医師記入】

前回申請時と比べ ほぼ同じ状態 悪化している 改善している

-----

-----

-----

-----

-----

-----

ご協力ありがとうございました。