**介護保険「主治医意見書作成用」問診票**

記入日　　年　　月　　日

 **この問診票はご自宅で記入してから、主治医意見書をかかりつけの医療機関で作成していただく際に、担当の先生に渡してください。**

**○本人や家族、又はケアマネジャー等の協力を得て分かる範囲で記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **住　　所** | **二宮町**  |
| **本人の氏名** |  |
| **性　　別** | [ ] **男性** [ ] **女性** | **電話番号** |  **－ －** |
| **生年月日** | **M･T･S 年 月 日** | **記入者氏名** |  | **続柄※** |  |
| **身長・体重** | **ｃｍ 　　 ｋｇ** | **利き腕** | [ ] **右腕**[ ] **左腕**  |
| **過去６ヶ月の体重の変化がありますか？**[ ] **増加**[ ] **維持**[ ] **減少** |
| **主治医以外の医療機関の受診有無** | [ ] **有**[ ] **無　有の場合　　　　　　　　科** |

**※本人や家族以外の方が記入した場合には、ケアマネ、ヘルパー、看護師等と記入してください。**

**該当する項目に□を付けてください。**

**１、今のお体の状態について、一番近いのはどれですか？**

[ ]  **特に問題もなく健康である（正常）**

[ ]  **交通機関等を利用して外出する（J1）**

[ ]  **隣近所へなら外出する（J2）**

[ ]  **介助により外出、日中はベッドから離れて生活する（A1）**

[ ]  **外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている（A2）**

[ ]  **車いすに自分で移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う（B1）**

[ ]  **介助により車いすに移乗する（B2）**

 [ ]  **自力で寝返りをうつ（C1）**

[ ]  **自力では寝返りもうてない（C2）**

**２、現在の物忘れ（認知症状）について、一番近いのはどれですか？**

 [ ]  **認知症状（ひどい物忘れや被害妄想等）はない状態（正常）**

[ ]  **時折物忘れなどがあるが、生活には特に支障がない状態（Ⅰ）**

[ ]  **道に迷ったり、買い物、事務、金銭管理にミスが目立つ（Ⅱa）**

[ ]  **服薬管理、電話の応対、一人で留守番ができない（Ⅱb）**

[ ]  **日中を中心として、誰かの介助が必要（Ⅲa）**

[ ]  **夜間を中心として、誰かの介助が必要（Ⅲb）**

[ ]  **日常生活に支障があり、常に誰かの介助（全介助）を必要としている状態（Ⅳ）**

 [ ]  **精神症状や認知症状が常にみられ、専門的な医療が必要な状態（Ｍ）**

**３、日頃の生活状態についてお答えください。**

**屋外での移動はどうしていますか？**

[ ] **自由に歩ける**[ ] **介助が必要**[ ] **歩けない**

**車いすを使用していますか？**

[ ] **使用していない　　□自分で操作している**[ ] **他人が操作している**

**歩行に補助具や装具を使用していますか？**

[ ] **使用していない**[ ] **屋外で使用している**[ ] **屋内で使用している**

**１枚目＝主治医用**

**２枚目＝調査員用**

**４、栄養状態や食生活についてお答えください。**

**食事は自分で食べられますか？**

[ ] **食べられる、あるいはなんとか食べられる**[ ] **全面的な介助が必要**

**現在の栄養状態は良いと思いますか？**

[ ] **よい**[ ] **わるい**

**栄養や食生活について何か気をつけていることはありますか？**

**５、次の症状がありますか？（気が付いたものを記入してください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **気が付いた症状** | **回数（頻度）** |
| **・５～10分前のことも忘れてしまう（短期記憶）** | [ ] **ない** [ ] **ある** |
| **・今の時刻や居る場所、身近な人が誰だか分からなくなる（認知能力）** | [ ] **分かる** [ ] **時々分からなくなる**[ ] **ほとんど分からない** [ ] **分からない** |
| **・自分の思うことが相手に十分伝えられない （意思の伝達）** | [ ] **伝えられる** [ ] **時々伝えられる**[ ] **ほとんど伝えられない** [ ] **伝えられない** |
| **・見えないものが見えたり、聞えないものが聞えたりする（幻視・幻聴）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・物を盗られた等の被害妄想がある（妄想）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・夜眠れず日常生活に支障がある（昼夜逆転）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・大声を出したり、暴力的な発言がある（暴言）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・暴力をふるうことがある（暴行）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・介護者の助言や介護に抵抗する（介護への抵抗）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・目的なく歩き回る。家に帰れなくなる（徘徊）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・火の始末や管理ができない（火の不始末）****（火を取り扱わない場合はチェックしない）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・便をいじる等の不潔行為がある（不潔行為）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・食べられない物を食べてしまう（異食行動）** | [ ] **な い** [ ] **週 回** [ ] **月 回** |
| **・尿の失禁がある** | [ ] **ない** [ ] **ある** |

**６、お体に悪いところがありませんか？（例 右手、右うで、左ひざ等）**

[ ]  **特に悪いところはありません。**

[ ]  **手足の中で動かない、または**

 **動きにくい部分や関節がある。　　 場所を記入 ：**

[ ]  **手や足が震えたり、けいれんする。 場所を記入 ：**

[ ]  **床ずれがある。 場所を記入 ：**

**【現在、生活や介護を行う上で困っていることがあれば記入してください】**

**お問い合せ 二宮町高齢介護課介護保険班 電話71－5348 ﾌｧｯｸｽ 73－0134**