**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**