

介護保険「主治医意見書作成用」問診票 3ページあります

※問診票の提出自体ない/記載漏れがある場合、意見書の作成が出来ない事があります。

本人氏名	記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ()
------	-----	--

それぞれ該当する項目に☑（チェック）を付けてください。

今回の介護保険の申請は、 新規 更新 区分変更 です。

今回の介護保険の申請理由、困っていること（複数選択可）

独居である 介護用品をレンタルしたい[歩行器や車イス等]
() ()

家事を手伝って欲しい デイサービスに行きたい
() ()

通院を手伝って欲しい 家を整えたい[段差や手すり等住宅改修]
() ()

薬の管理ができない 通院ができない、訪問診療を使いたい
() ()

訪問看護を使いたい 家族の介護負担が大きいと感じている
() ()

リハビリテーション[運動をしたい]
()

今回は更新申請で、前回の状況と変化はありません。

希望するサービス(訪問看護等)がもしあればご記入ください。

現在、生活や介護を行う上で、困っていることがあれば自由にご記入ください。

1ページ ※裏面につづく

それぞれ該当する項目に☑（チェック）を付けてください。

現在のお体に近いものは？	□	寝たきりではない	<input type="checkbox"/>	交通機関（バス・電車）を利用できる	(J1)
			<input type="checkbox"/>	一人で近所に外出できる	(J2)
			<input type="checkbox"/>	介助があれば外出できる	(A1)
			<input type="checkbox"/>	介助があってもあまり外出しない	(A2)
	□	寝たきりである	<input type="checkbox"/>	一人で車イスに乗り降りできる	(B1)
			<input type="checkbox"/>	車イスに乗り降りするのに介助が必要	(B2)
			<input type="checkbox"/>	起き上がれないが、寝返りはできる	(C1)
			<input type="checkbox"/>	起き上がることも、寝返りもできない	(C2)

現在の物忘れは？	<input type="checkbox"/>	物忘れなど軽い症状はある	(I)
	<input type="checkbox"/>	それまでできていたことに、ミスが目立つようになった	(IIa)
	<input type="checkbox"/>	薬を飲み忘れてたり、一人で留守番ができない	(IIb)
	<input type="checkbox"/>	徘徊がある	(IIIa)
	<input type="checkbox"/>	昼夜逆転している	(IIIb)
	<input type="checkbox"/>	常に目を離すことができない	(IV)
	<input type="checkbox"/>	妄想・暴力・落ち込みなどがひどい	(M)

次の症状はありませんか？		※各項目の、あてはまる選択肢に☑（チェック）をつけてください。	
5分・10分前のことも忘れてしまう	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	
日付・時刻、居場所、身近な人の識別ができない。できることとできないことが自分で理解できない	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	
	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない	
自分の意思が相手に十分に伝えられない	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	
	<input type="checkbox"/> 具体的要求のみ	<input type="checkbox"/> 伝えられない	

2ページ ※次ページにつづく

次の症状はありませんか？ (IIIa以上のかた)	なし	ある	→ どんなことが ありましたか？ (分かれば記載)
-----------------------------	----	----	------------------------------------

見えないものが見える、聞こえないものが聞こえる (幻視・幻聴)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
物を盗られた等の被害妄想等がある (妄想)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間眠れずに日中の活動に影響がある (昼夜逆転)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
大声を出す、暴力的な発言・暴力を振るう (暴言・暴行)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
介護者の助言や介護に抵抗する (介護への抵抗)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
目的なく歩き回る。外出すると一人で戻れない (徘徊)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
火の始末や管理が出来ない (火の不始末)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
便をいじる等の不潔行為がある (不潔行為)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食べられない物を食べてしまったり、 <input type="checkbox"/> に入れてしまう (異食行動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
周囲が迷惑するような性的行動がある (性的問題行動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

身体の状態	利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身長	cm	体重	kg
	体重が半年前と比べ <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変わらない					
	身体の中で痛みや動きにくい部分はある (複数選択可)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	症状： <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節動かしにくい <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 震え <input type="checkbox"/> マヒ 部位：		
	床ずれや湿疹等の皮膚の病気がある (複数選択可)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	症状： <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> () 部位：		
	屋外での歩行		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 介助があればしている		
	車椅子の使用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 主に他人が操作する	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作する		
	杖やシルバーカーや歩行器の使用 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 屋内で使用	<input type="checkbox"/> 屋外で使用		
	食事の摂取		<input type="checkbox"/> 自立またはなんとか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 他の人の介助で食べられる			