



「主治医意見書」用

問診票



介護保険の要介護認定に必要な

「主治医意見書」を正確に作成するため、
ご協力をお願いします。

患者氏名

生年月日

西暦

年

月

日

(歳)

ご住所

1 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✓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が該当。
- ☐ 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が該当。
- ☐ 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、着替えはもとより、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が該当。
- ☐ 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が該当。
- ☐ B 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(☐1 移動できる・ ☐2 移動できない)。
1 ※介助なしに車椅子に移乗し、食事や排泄もベッドから離れて行う場合が該当。
2 ※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を必要。
- ☐ C 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(☐1 できる・ ☐2 できない)。
1 ※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。
2 ※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該当。

(1b) 認知症についてお尋ねします。(当てはまるものに✓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。
- ☐ IIa 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。
- ☐ IIb 薬の管理ができない、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 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。
(☐ a 日中・☐ b 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、専門医の治療を必要とする。

(2) 認知症の中核症状(理解及び記憶)についてお尋ねします。

● 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

● 日常の意志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(毎日する事を自分で判断して、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

● 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、家族のみが解る程度)

(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、聴こえたりする）
- ☐ 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。（当てはまるものに✓をつけて下さい）

- ☐ 精神科、神経内科など受診したことがある
- ☐ 言葉が出なかったり、物の名前を言えなかったりすることがある（失語症）
- ☐ ロレツが回らなくて聴き取りにくい（構音障害）
- ☐ おかしなことを口走ったり、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、季節などが分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。

- 利き腕 ☐ 右 ☐ 左
- 身 長 _____ cm ● 体 重 _____ kg
- 過去 6 ヶ月間の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少
- 四肢欠損はありますか？ ☐ ない ☐ ある (部位 : _____)
- 左か右、どちらかに麻痺がありますか？
☐ ない ☐ 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？
☐ ない ☐ ある (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？
☐ ない ☐ ある (部位 : _____ 程度 : ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- 関節の痛みがありますか？
☐ ない ☐ ある (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？
☐ ない ☐ ある (☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ 右体幹 ☐ 左体幹)
- 床ずれはありますか？
☐ ない ☐ ある (部位 : _____ 程度 : ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- 皮膚疾患はありますか？
☐ ない ☐ ある (部位 : _____ 程度 : ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

2. 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 | ● 車いすの使用 | ● 歩行補助具・装具の使用 |
| ☐ 自立 | ☐ 使用していない | ☐ 使用していない |
| ☐ 介助があれば可能 | ☐ 主に自分で操作 | ☐ 屋外で使用 |
| ☐ していない | ☐ 主に他人が操作 | ☐ 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 |

(3) 最近（ここ半年程度の間に）次のようなことがありましたか？

（該当するものすべてに✓をつけてください）

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ 尿失禁 | ☐ 転倒・骨折 | ☐ 移動能力の低下 | ☐ 床ずれ |
| ☐ 心肺機能の低下（むくみ・息切れ・動機・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 |
| ☐ 脱水 | ☐ 風邪や膀胱炎などの感染症 | ☐ がん等による痛み | |
| ☐ その他 _____ | | | |

(4) 現在次のような医学的管理を受けていますか？（当てはまるものに✓をつけて下さい）

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 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 _____ | | | |

(5) 介護上問題がありますか？

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ● 血圧の変動 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 細かく刻むなどしないと食べられない | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● うまく飲み込めない | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 移動するのに介助が必要 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● 運動するのに介助が必要 | ☐ 特になし | ☐ あり |
| ● その他 _____ | | |

(6) 感染症はありますか？（ありの場合は具体的に記入してください）

- ☐ なし ☐ あり _____