

この問診票は、医師が介護保険主治医意見書の作成に際し、患者さんの状態をより正確に把握するためのものです。
ご本人の状態をよくご存じの方（同居されているご家族様・ケアマネージャー等）がご記入の上、意見書と共に当院
「総合案内」にご提出ください。

お名前	男 ・ 女	生年月日	年	月	日	(歳)
住 所	電話番号 ()					
問診票の記入者	続柄	電話番号 ()				
ケアプランを依頼しているところがありますか？ ☐ ある（事業所名) ☐ ない						

- 3 日常生活の様子についてお聞きします。1つ選んで 右端の空欄に○をつけてください。

正常	日常生活に支障はない	自立	
自立歩行 (杖歩行)	交通機関等を利用して外出できる	J1	
	隣近所なら外出できる	J2	
介助歩行	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する	A1	
	外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	A2	
車椅子生活	自分ひとりで車椅子に乗り移ることができ、食事、排泄はベッドから離れて行う	B1	
	介助がなければ車いすに乗り移ることができない	B2	
寝たきり生活	排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りがうてる	C1	
	生活全般に介助を要する。自力では寝返りもうてない	C2	

- | | | |
|---|-------|--|
| 特にない。 | 自立 | |
| 話がくどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。 | I | |
| 道に迷うとか、買い物など今まで出来ていたことにミスが目立つようになってきた。 | II a | |
| 電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活はなんとかできる。 | II b | |
| 一人で着替え・食事・排便・排尿がうまくできず、時間がかかる。用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられない物を口に入れたり、大声や奇声をあげたりして、注意しても理解できないことがある。 | III a | |
| 前記の状態が、週1回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある。 | III b | |
| 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。 | IV | |

- ・ 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ 実際は無かったことをあったかのように言うことがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
（例えば、お金や大切な物が取られたとかなくなったと言うことがありますか？）
- ・ 昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声を出すことがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ 家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ 目的なく動き回ったり外出したり(徘徊)することがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ 便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）
- ・ 本来食べられないものを食べたりすることがありますか？ （ ある ・ 時々 ・ 無い ）

裏面もご記入ください

6 理解や記憶についてお聞きします。

- ・ 10分前に摂った食事の内容を覚えていますか？（ 覚えている ・ 覚えていない ）
- ・ 自分一人の判断や意志で行動できますか？（ できる ・ 多少困難 ・ 見守りが必要 ・ できない ）
- ・ 自分の要求や意志を相手に伝えられますか？（ できる ・ 多少困難 ・ 具体的要求のみ ・ できない ）

7 身体の様子についてお聞きします。

- [illegible]

8 現在の介護の様子をお聞きます。

- ・ 屋外歩行は一人でできますか？（ できる ・ 介助があればできる ・ していない ）
- ・ 車椅子を使用していますか？（ していない ・ 主に自分で操作している ・ 主に他人が操作している ）
- ・ 歩行補助具や装具の使用はしていますか？
（ していない ・ 屋内で使用している ・ 屋外で使用している ・ 両方で使用している ）
- ・ 食事は自分で食べられますか？（ できる ・ 何とかできる ・ できない ）
- ・ 食欲はありますか？（ 旺盛 ・ 普通 ・ 少ない ）
- ・ 栄養、食生活上で気をつけなければならないことはありますか？（ ）

9 現在ある状況すべてに✓印をつけてください。

- ☐尿をもらす ☐転倒する ☐骨折 ☐移動能力の低下 ☐床ずれ ☐心肺機能の低下 ☐家に閉じこもる
☐意欲がない ☐徘徊する ☐低栄養になる ☐食欲がない ☐飲み込みにくい ☐脱水症状
☐免疫力が低下している ☐痛みがある ☐その他（ ）

10 現在利用している、これから利用を予定している介護サービスすべてに✓印をつけてください。

- ☐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
☐通所リハビリテーション☐ヘルパー派遣(訪問介護) ☐ショートステイ(施設での短期間の入所介護)
☐入浴サービス ☐デイサービス(施設での日帰り介護)
☐車椅子・電動ベッドなどの福祉用具の貸与や購入(具体的に)
☐住宅改修 ☐施設入所 ☐その他()

11 希望することや困っていることなどがあれば記入してください。

--

12 ケアマネージャー、介護福祉士、ヘルパー コメント欄

--