「主治医意見書」作成のための問診票　　　彦根医師会

この問診票は、「主治医意見書」を作成する時に参考とする資料ですので、主治医に提出をお願いします。意見書作成の目的以外には使用せず、公開することもありません。

ご本人またはご家族の方が、お答えできる範囲で記入してください。

|  |
| --- |
| **申請者氏名**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　・記入者：□ご本人　□ご家族（続柄　　　　　）  ・家族状況：□独居　□同居（家族　　人）　 ・主な介護者：□妻　□夫　□子　□その他（　　　　） |
| ・現在、他の病院や医院で継続的に診察、治療を受けていますか。  　病院/医院名：　　　　　　　　　 　　　 　 病名： |

**Ａ．心身の状態について当てはまるものに☑などを記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **（１）日常生活の自立度等について**  **・身体の動きについて** （日常生活自立度）･･･どれかひとつを選んでください。 | |
| J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2 | □ 具体的に特に不自由はしていない。  □ 多少の不自由はあるが、交通機関（バス、電車）を利用して、遠くまで外出できる。  □ 多少の不自由はあるが、隣近所なら、一人で買い物や老人会の参加などで外出する。  □ 屋内での生活はほぼ自立しており、誰かの介助があれば外出できる。  □ 屋内ではほぼ自立しているが、ほとんど外出はなく、日中は寝たり起きたりの生活。  □ 日中もベッド上での生活が主体で、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。車椅子等に一人で移動でき、トイレもベッドから離れて行える。  □ 日中もベッド上での生活が主体で、ベッドに腰掛けたり座ることができるが、生活に介助が必要で、車椅子等に一人で移動できない。  □ 一日中ベッドの生活。排泄、食事、着替えで介助を要するが、寝返りは打てる。  □ 一日中ベッドの生活。排泄、食事、着替えで介助を要し、寝返りも打てない。 |
| **・物忘れなどについて** ･･･どれかひとつを選んでください。 | |
| Ⅰ  Ⅱa  Ⅱb  Ⅲa  Ⅲb  Ⅳ  Ｍ | □ 日常生活に支障はない。  □ 時々物忘れがあって困ることがあるが日常生活は一人でこなせる。  □ 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりをまちがえたりする。  □ 家の中でも薬を飲み忘れたり、電話や来客の対応ができない。  □ 日中、着替えがうまくできない、トイレでの不始末、徘徊などにより、介護を必要とする。  □ 上記症状のほかに、夜間においても徘徊、大声、不潔行為などがあり、家族が起こされる。  □ 上記の症状が悪化し、常に目が離せない状態で、常時介護を必要とする。  □ 興奮状態など著しい精神症状、あるいは意識障害が長くつづき、家での介護が困難である。 |
| **（２）理解と記憶**  **・物忘れ**（前日の事や直前に食べた物を思い出せない、同じ事を繰り返して言う等）がありますか。（短期記憶） | |
|  | □ ない　　　□ ある |
| **・毎日の日課（着替え、食事、入浴など）について** | |
|  | □ 自分で判断して生活できる。  □ 新しい出来事や状況に直面した時、多少とまどう。  □ 判断力が弱く毎日の着替え、食事、入浴なども促されないとできない。  □ 日常生活で何をするにおいても自分の判断では何もできない。  【裏面へ続く】 |
| **・自分の思っていることを人に伝えることができますか。**（意思伝達能力） | |
|  | □ 問題なく伝えられる。  □ 多少時間がかかるが伝えることができる。  □ 「おなかがすいた」「トイレに行きたい」など基本的な要求のみ伝えられる。  □ ほとんど何も伝えられない。 |
| **（３）以下のような内容で困っていることがありますか。** | |
| ・実際にはない、物が見える、音や声が聞こえると言う事がありますか？　　　 （ ある・時々・ない ）  ・大事な物を盗まれた、他人が悪口を言っていると言う事がありますか？　　　 （ ある・時々・ない ）  ・昼間寝て、夜になるとゴソゴソしていたり、騒ぐ事がありますか？　　　　　 （ ある・時々・ない ）  ・介護する人などに、今までにないひどい言葉を吐く事がありますか？　　　　 （ ある・時々・ない ）  ・介護する人などに、暴力をふるう事がありますか？　　　　　　　　　　　　 （ ある・時々・ない ）  ・介護するのを拒む事がありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ ある・時々・ない ）  ・目的もなく出歩いたり、帰ってこれなくなったりする事がありますか？　　　 （ ある・時々・ない ）  ・タバコやガスコンロの火の消し忘れや、鍋を焦がした事がありますか？　　　 （ ある・時々・ない ）  ・排便のあと、便に触ったり、隠したりした事がありますか？　　　　　　　　 （ ある・時々・ない ）  ・紙や消しゴムなど、食べられない物を食べたり、口に入れた事がありますか？ （ ある・時々・ない ）  ・性に関し、必要以上に執着する事がありますか？　　　　　　　　　　　　　 （ ある・時々・ない ） | |
| **（４）身体の状況** | |
| ・きき腕（ 右 ・ 左 ） 、身長(　　　　)㎝ 、体重(　　　 )㎏ 、半年間の体重変化（ 増加・不変・減少 ）  ・次の状態がありますか？  □ 手足の欠損　　□ 手足の麻痺　　□ 筋力の低下　　□ 関節が伸びきらない、曲がりきらない  □ 関節の痛み　　□ ぎこちない動作、勝手な手足の震え　　□ 床ずれ　　□ 皮膚病 | |

**Ｂ．生活機能、介護サービスについて当てはまるものに☑を記入してください。**

|  |
| --- |
| **（１）移動**・屋外歩行　　　　　　　　□ 一人でできる　 □ 介助が必要　　 □ していない  　　　　　　　・車椅子の使用　　　　　　□ 用いていない　 □ 自分で操作　　 □ 他人が操作  　　　　　　　・歩行補助具・装具の使用　□ 用いていない　 □ 屋外で使用　　 □ 屋内で使用  **（２）食生活**・食事の摂り方　　　　　　□ 自分で食べる、または一部介助　　 □ 全面介助  　　　　　　　・栄養状態　　　　　　　　□ 良好　　　　　 □ 不良  **（３）現状や困っていること**  　□ 尿もれ・オムツ使用　 □ 立ち上がりや歩行が不安定で転びやすい　 □ 移動が不安定　 □ 床ずれ  　□ 階段や坂道での激しい動悸、息切れ　 □ 閉じこもりがち　 □ 意欲の低下　 □ 徘徊　 □ 低栄養  　□ 水分や食事の摂取でむせる　 □ 水分摂取が少ない　 □ 傷口が化膿しやすい　 □ 身体の痛み  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**C．ご本人の将来の希望についてお尋ねします。**

**（この判断が最終決定ではありません。現在、本人が思われていることを正直に書いて下さい）**

|  |
| --- |
| ・食事が口から摂れなくなった時に、胃ろうなどの経管栄養を（ □ 希望する□ 希望しない□ わからない ）  ・病状が悪化したときに、延命治療を（ □ 希望する□ 希望しない□ わからない ）  　※延命治療とは、病気が治る見込みがないにも関わらず、延命する（死の経過や苦痛を長引かせることもあります）ための医療処置を意味します。  ・人生の最終章はどこで過ごしたいですか？（□自宅　□介護施設　□病院　□わからない）  ・ご本人の代わりに意思決定をしてくれる方はいますか（□はい　□いいえ） |

**D．その他**

|  |
| --- |
| ・更新申請の方で、現在の介護度は、（ 要支援 １・２ 、 要介護 １・２・３・４・５ ）  ・前回申請時と比べて介護の手間は、（ □ 少なくなった、□ あまり変わらない、□ むしろ手間がかかる ）  【**記入日**： 令和　　 年　　 月　　 日】  】 |