

「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、公開することはありません。

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： <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄 _____）
・ 家族状況： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（家族 _____ 人）	・ 主な介護者： <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 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。

具体的に特に不自由はしていない。

J1 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。

J2 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。

A1 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。

A2 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。

B1 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。

B2 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。

C1 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。

C2 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。

日常生活に支障はない。

I 時々物忘れがあつて困ることがあるが日常生活は一人でこなせる。

II a 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。

II b 家の中でも薬を飲み忘れしたり、電話や来客の対応ができない。

III a 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。

III b 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。

IV 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。

M 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。
- 「おなかですいた」「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) 身体の状態

- ・きき腕(右・左)、身長()cm、体重()kg、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】