

問 診 票

(記入日：R 年 月 日・記入者：)
(続柄：)

介護申請に係る主治医意見書を作成する為に各項目についてご記入をお願い致します。

患者氏名： 生年月日：明・大・昭 年 月 日

・ 協同病院への来院状況をお知らせください。

本人のみ ・ 家族等の付き添いあり ・ 入院中

・ 現在、何科に受診していますか。

内科(総合内科・循環器科・呼吸器科・消化器科・腎臓内科)
外科 整形外科 脳神経外科 心臓血管外科 呼吸器外科
形成外科 泌尿器科 婦人科 耳鼻咽喉科 放射線科
眼科 歯科口腔外科 リハビリテーション科 皮膚科 精神科

・ 他院の通院はありますか。あり (科) ・ なし

I 今までにかかった病気についてご記入ください。
(不自由になった直接の病気の原因と思われる病気を一番目にご記入下さい。)

① (昭・平・令 年 月頃発病)
② (昭・平・令 年 月頃発病)
③ (昭・平・令 年 月頃発病)

上記の病名について、この6ヶ月間で入院したり、病状に変化はありましたか。

安定 ・ 不安定 ・ 不明

・ 不安定の場合、いつごろから、どのような病状かご記入ください。

平成・令和 年 月頃から

II ここ14日以内に次の医療行為を受けた事がありますか。全て○か×でお答え下さい)

() 点滴の管理 () 中心静脈栄養 () 透析 () ストーマ(人工肛門)の処置
() 酸素療法 () 人工呼吸器 () 気管切開の処置
() 疼痛の看護 () 経管栄養 () モニター測定
() 床ずれの処置 () カテーテル(膀胱など)

Ⅲ 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あてはまりますか。当てはまるもの一つに○でお答え下さい)

- () 日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。(自立)
- () 交通機関(バス、電車)を利用して外出する。(J1)
- () 隣近所なら外出が出来る。(J2)
- () 介助があれば外出し、日中はベッドから離れて生活する。(A1)
- () あまり外出しないで、日中も寝たり起きたりの生活をしている。(A2)
- () 車椅子等に一人で移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う(B1)
- () 車椅子に移動するも介助が必要。(B2)
- () 一日中寝たきりだが、自力で寝返りをうつ事が出来る。(C1)
- () 一日中寝たきりで、自力で寝返りをうつ事が出来ない。(C2)

1b 認知症の程度は次のどれにあてはまりますか。(当てはまるもの一つに○でお答え下さい)

- () 物忘れなど軽いものはあるが、日常生活は自立している。(Ⅰ)
- () 道に迷う、買い物や金銭の管理ができないなどの症状あるが、誰かが注意していれば自立できる。(Ⅱa)
- () 服薬管理ができない、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。(Ⅱb)
- () 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない、時間がかかる。徘徊などの症状により日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。(日中中心)(Ⅲa)
- () 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない、時間がかかる。徘徊などの症状により日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。(夜間中心)(Ⅲb)
- () 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。(Ⅳ)
- () せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療が必要。(Ⅴ)
- () 上記症状にはあてはまらない。(認知症状はない)(0)

2a 物忘れや同じことを繰り返していることはありますか。

はい ・ いいえ

2b 日常の生活において自分で判断出来ますか。(全て○か×でお答え下さい)

- () 毎日することを自分で判断して、計画できる。(自立)
- () 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。(いづらか困難)
- () 毎日の日程を一人でこなすのが困難。(見守りが必要)
- () 判断できない。

2c 自分の考えが他の人に伝えられますか。（全て○か×でお答え下さい）

- ☐ 伝えられる。
- ☐ 考えをまとめたり、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる。（いづらか困難）
- ☐ 飲食、睡眠、トイレなどの意思を伝える程度（具体的要求に限られる）
- ☐ 伝えられない。（ジェスチャーやサインなどで家族のみがわかる程度）

3 次のような症状がありますか（全て○か×でお答え下さい）

- ☐ 人や物がいないのに見えたり、聞こえたりする。（幻視・幻聴）
- ☐ 物を盗られたなどと被害的になることがある。（妄想）
- ☐ 夜間不眠の状態が続いたり、昼夜逆転している。（昼夜逆転）
- ☐ 暴言
- ☐ 暴行
- ☐ 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。）（介護への抵抗）
- ☐ 目的も当てもなく歩き回る。（徘徊）
- ☐ タバコの火など火の始末や火元の管理ができない。（火の不始末）
- ☐ 排泄物をもてあそんだり、撒き散らす。（不潔行為）
- ☐ 食べ物でないものを口に入れたりする。（異食行動）
- ☐ 周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。（性的問題行動）

4 次のような精神・神経症状がありますか。（全て○か×でお答え下さい）

- ☐ 言葉が出なかったり、物の名前が言えなかったりすることがある。（失語）
- ☐ ロレツが回らなくて聞き取りにくい。（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。（せん妄）
- ☐ 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、季節などがわ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）

上記で○がある場合、受診をしていますか。それは何科ですか。

なし ・ あり（精神科 ・ 脳神経外科 ） ・ その他（ 科）

5 身体の状態についてお尋ねします。

・ 利き腕はどちらですか。

右 ・ 左

・ 身長、体重をお願いします。

身長： cm 体重： kg

過去6ヶ月程度における体重の変化（ 1～2kg以上増加 維持 1～2kg以上減少 ）

・ 四肢欠損はありますか。部位をご記入ください。

記入例：右腕、左下肢など

部位： _____

・ 右か左、どちらかに麻痺はありますか。また、麻痺はどの程度の状態ですか。

右上肢（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）
右下肢（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）
左上肢（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）
左下肢（ 軽度 中度 重度 ）
その他（ ）（ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ）

- ・筋力の低下はありますか。部位をご記入ください。また、どの程度の状態ですか。
記入例:右腕、左下肢など
部位: _____ (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
- ・動きの悪くなっている関節はありますか。部位をご記入ください。
また、どの程度の状態ですか。
記入例:右肩関節、左膝関節、右股関節など
部位: _____ (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
- ・関節の痛みはありますか。部位をご記入ください。また、どの程度の状態ですか。
記入例:右肩関節、左膝関節、右股関節など
部位: _____ (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
- ・不安定な動きや手足のふるえがありますか。
なし
あり (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。部位をご記入ください。また、どの程度の状態ですか。
記入例:おしりなど
部位: _____ (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
- ・床ずれ以外に皮膚疾患はありますか。部位・症状をご記入ください。
また、どの程度の状態ですか。
記入例:右腕 湿疹など
部位: _____ 症状: _____ (軽度 ・ 中度 ・ 重度)

IV 1a 屋外歩行をしていますか（全て○か×でお答え下さい）

- () 自分だけで歩いている。(歩行補助具や装具、義足を用いている場合も含みます)
- () 介助者と一緒に歩いている。(そばで見守っている場合も含みます)
- () していない。(歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない、訓練のときだけ歩いている、車椅子で移動している場合等を含みます)

1b 車椅子を使用していますか（全て○か×でお答え下さい）

- () 全く使用してない。
- () 主に自分だけで操作して使用してる。(室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含みます)
- () 主に他人に押してもらっている。(操作時に見守りを必要とする場合を含みます)

1c 歩行補助具（杖など）や装具を使用していますか。

使用していない (屋内 ・ 屋外 ・ 両方)で使用している

2a ・ 食事摂取の状況はどうですか。

(介助なし ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助)

2b ・ 現在栄養状態はいかがですか。

- ・ 食事を摂取できていますか？(概ね一人で食べられる ・ 全面的に介助が必要)
- ・ 現在の栄養状態はは良いと思いますか？ (良好 ・ 不良)
- ・ 栄養や食生活に何か留意している事がありますか？(_____)

