

主治医意見書作成のための質問票

この質問票は主治医の先生が日常生活上の状況を正しく把握し、介護保険の認定に必要な「主治医意見書」を作成する際の参考とさせていただくものです。日頃の様子を分かる範囲でご記入ください。なお、質問票は主治医意見書作成以外に使用されることはありません。使用後は、大切な個人情報として医師の守秘義務により守られます。

あきる野市医師会

【問い合わせ先】あきる野市役所高齢者支援課介護認定係

042-558-1111（内線 2635・2636）

※以下、当てはまる□にチェックを入れてください。

本人氏名：（ 記入者：（ 家族状況：□独居 □同居（家族 他科受診の有無：□有 □無 有の場合：□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □眼科 □婦人科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □その他（	） 生年月日（ ） 本人との関係：□本人 □家族（続柄 ） □その他（ ） 主な介護者：□妻 □夫 □子 □その他（ ） ）
---	---

(1)現在の身体の動きについて伺います。いずれか1つチェックしてください。 意見書3-(1)

<input type="checkbox"/> 身体的に特に不自由はしていない。	自立
<input type="checkbox"/> 多少の不自由さはあるが、交通機関（バス・電車）を利用して外出できる。	J1
<input type="checkbox"/> 多少の不自由さはあるが、隣近所なら一人で歩いて（杖・歩行器を使って）買い物等外出できる。	J2
<input type="checkbox"/> 屋内の生活はほぼ自立しており、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できる。	A1
<input type="checkbox"/> 屋内の生活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。	A2
<input type="checkbox"/> 日中もベッド上の生活が主体で、車いす等に一人で移動できる。	B1
<input type="checkbox"/> 日中もベッド上の生活が主体で、車いす等に一人で移動できず、生活に介助が必要。	B2
<input type="checkbox"/> 一日中ベッド生活であるが、自分で寝返りができる。	C1
<input type="checkbox"/> 一日中ベッド生活であり、食事・排泄・着替えで介助を必要とし、寝返りもできない。	C2

(2)物忘れや気になる言動について伺います。いずれか1つチェックしてください。 意見書3-(1)

<input type="checkbox"/> 日常生活に支障はない。	自立
<input type="checkbox"/> 時々物忘れがあるが、基本、在宅での日常生活は一人でこなせる。	I
<input type="checkbox"/> 家の外に出ると、時々道に迷ったり、買い物でお釣りを間違えたりする。	IIa
<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れや電話・来客の対応ができず、一人で留守番ができない。	IIb
<input type="checkbox"/> 日中着替えや食事がうまくできず、トイレを汚したり、火の不始末・徘徊等により介護を必要とする。	IIIa
<input type="checkbox"/> 上記症状のほかに、夜間においても徘徊、大声、不潔行為等があり、家族が起こされる。	IIIb
<input type="checkbox"/> 常に目が離せない状態で、常時介護を必要とする。	IV
<input type="checkbox"/> 興奮状態等著しい精神症状・意識障害が長く続き、日常生活に必要な意思疎通ができない、また稀にしかできない。	M

(3)記憶や自身の意思について伺います。いずれか1つにチェックしてください。 意見書3-(2)

●前日のことや、直前に食べたものを思い出せないことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
●お金の管理や薬の服用、日々の予定の管理ができますか。 <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 戸惑うができる <input type="checkbox"/> 誰かの手助けが必要 <input type="checkbox"/> まったくできない

●自分の思っていることを、人に伝えることができますか。

伝えられる いくらか困難 具体的な要求に限定 伝えられない

**(4) 日々の行動について、過去2週間以内の本人の行動で、
当てはまるものすべてにチェックをしてください。**

意見書3-(3)

- 実際には無いものが見える。実際には聞こえない音や声が聞こえる。
- 大事なものが盗まれた。他人が悪口を言っていると言うことがある。
- 昼間に寝て、夜になるとゴソゴソして動き、騒ぐことがある。
- 介護する人などに、今までにないひどい言葉を吐くことがある。
- 介護する人などに、暴力をふるう。
- 介護されるのを拒むことがある。
- あてもなく歩き回る、帰って来れなくなることがある。
- ガスコンロの火の消し忘れや、鍋を焦がしたことがある。
- 排便の後、便に触る、便で汚す、便で汚した下着を隠すことがある。
- 紙や消しゴムなどをくちに入れ、食べることがある。
- 周囲の人が迷惑するような性的行動がある。

(5) 身体の状態について伺います。

意見書3-(5)

身長 () cm	体重 () kg 6か月前より… <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少	利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	四肢欠損 (部位)
--------------	--	--	---------------

- 次のような状態がありますか。 ※当てはまるものすべてにチェック
- 手足の欠損(部位) 手足の麻痺 筋力の低下 関節の痛み 皮膚の病気
 - 関節が伸びきらない、曲がりきらない ぎこちない動作、勝手に手足が動く 床ずれ

(6) 日常生活について伺います。それぞれの項目から1つにチェックしてください。

意見書4

- (1) ●屋外歩行 一人でできる 介護が必要 していない
●車いすの使用 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) ●食事の摂り方 自分で食べる、または少し手伝ってもらう 全面介助
●栄養状態 良好(年齢相応) 不良(痩せてきている)

- (3) 現在困っていること、将来困るであろうこと ※当てはまるものすべてにチェック
- 尿漏れ・おむつ使用 立ち上がりや歩行が不安定、転びやすい 移動能力の低下 床ずれ
 - 少し速足で歩くと激しい動悸、息切れ 自分の家・部屋から出ない
 - 意欲低下 あてもなく歩きまわる、帰って来られない
 - 栄養状態が悪い 飲食時、噛めない、飲めない、むせる 水分の飲む量が少ない
 - 傷口が膿みやすい がんによる身体の痛み 薬の飲み忘れ・飲み間違い 対人トラブル
 - その他 ()

(7) その他、当てはまるものに○をしてください。

意見書5

- 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)
- 前回の申請時と比べて手伝ってもらうことが (少なくなった ・ あまり変わらない ・ 増えた)
- 介護について、お困りのことがあれば書いてください。