たなべ春日野クリニック　介護保険主治医意見書　問診票

介護保険の要介護認定に必要な「主治医意見書」を正確に作成するため、ご協力をお願いします

作成日：令和　年　月　日
記入者：
患者との関係：

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　（男性・女性）

生年月日：（明・大・昭・令）　年　月　日生（　　歳）



当院以外に他の医療機関に受診していますか？
☐ はい ☐ いいえ
→（はいと答えた方）どの科ですか？（該当する科全てに✓をつけてください）
☐ 内科（循環器科、糖尿病科、呼吸器科、消化器科などを含む）
☐ 精神科　☐ 外科　☐ 整形外科　☐ 脳神経外科
☐ 皮膚科　☐ 泌尿器科　☐ 婦人科　☐ 眼科
☐ 耳鼻咽喉科　☐ リハビリテーション科　☐ 歯科　☐ その他（　　）

1. 病気や障害についてお尋ねします

(1) 心身が不自由になったのはいつ頃からですか？病名と発症時期を記入して下さい。

1. 病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　昭和・平成・令和　年　月頃から
2. 病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　昭和・平成・令和　年　月頃から
3. 病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　昭和・平成・令和　年　月頃から

(2) この６ヶ月間で、入院や病状に変化はありましたか？
☐ 病状は安定　☐ 病状は不安定　☐ 不明
→（病状は不安定と答えた方）いつ頃からどのような症状ですか？
令和　年　月頃から
どのような症状：

2.ここ 14 日間以内の医療を受けていますか？（該当するものすべてに✓をつけてください。）

☐ 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（膀胱などへのカテーテル挿入）

3.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当たりますか？（該当するものに✓をつけてください。）

☐ O　：特に問題はない
☐ J1：交通機関（バス、電車）を利用して、かなり遠くまで外出できる
※公共交通機関を利用して、積極的にかなり遠くまで外出する場合。
☐ J2：隣近所なら、一人で買物や老人会の参加などで外出する
※隣近所への買い物や老人会への参加など、町内の距離程度の範囲で外出する場合。
☐ A1：日中はベッドからはなれて生活しており、誰かの介助があれば外出できる
※寝たり起きたりしているものの、食事、排泄、着替えはもとより、その他の日中の時間もベッドから離れている時間の方が長い。介護者がいれば、その介助を受けて、比較的多く外出する場合。
☐ A2：あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている
※日中時間帯、寝たり起きたりの状態にあるものの、ベッドから離れている時間の方が長いが、介護者がいてもまれにしか外出しない場合。
☐ B：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
車椅子などに一人で：☐ 1.移動できる / ☐ 2. 移動できない
1※介助なしに車椅子に移乗し、食事も排泄もベッドから離れて行う場合。
2※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助が必要。
☐ C：一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する
自力で寝返りをうつことが：☐ 1. できる / ☐ 2. できない

⑴b 認知症についてお尋ねします。（該当するものに✓をつけてください。）

□ 0 ： 認知症はない。
□ Ⅰ ： 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ自立している。
□ⅡA：道に迷う、買物や金銭の管理ができないなどの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。
□ⅡB：薬の管理ができない、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。
□Ⅲ：着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。徘徊などの症状により日常に困難があり介護を要する。（ □ a 日中・ □ b 夜間 ）を中心に症状が出ている。
□Ⅳ：上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする。
□M：せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。

⑵ 認知症の中核症状（理解 及び 記憶）についてお尋ねします。

物忘れがありますか？（同じ事を繰り返して言う等）
□ はい □ いいえ

日常の意思決定を自分でどの程度判断できますか？
□ 自立（毎日する事を自分で判断して、計画できる）
□ いくらか困難（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）
□ 見守りが必要（毎日の日程を一人でこなすのが困難）
□ 判断できない

自分の意志や考えが他の人に伝えられますか？
□ 伝えられる
□ いくらか困難（考えをまとめたり、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる）
□ 具体的要求に限られる（飲食、睡眠、トイレなどの意志を伝える程度）
□ 伝えられない（ジェスチャーやサインなどで、家族のみが解る程度）

⑶ 認知症の周辺症状（問題行動の有無）についてお尋ねします。
（該当するものに✓をつけてください。）

□ 幻視・幻聴（人や物がいないのに見えたり聴こえたりする）
□ 妄想（お金を盗られたと言ったりする）
□ 昼夜逆転
□ 暴言
□ 暴行
□ 介護への抵抗（介護者の助言や介護に抵抗し支障がある状態）
□ 徘徊
□ 火の不始末（タバコやガスコンロが管理できない）
□ 不潔行為（排泄物をもてあそんだり、まき散らす等）
□ 異食行動（食べ物でないものを口に入れたりする）
□ 性的問題行動
□ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑷精神科や心療内科などの専門医へは受診していますか？

□あり　医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□なし

⑸ 身体の状態

利き腕： □ 右 □ 左
身体測定： 身長 ＿＿＿＿ cm / 体重 ＿＿＿＿ kg
過去６ヶ月間の体重の変化： □ 増加 □ 維持 □ 減少
四肢欠損はありますか？： □ ない □ ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

左か右、どちらかに麻痺がありますか？

☐ ない

☐ 右上肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）　☐ 左上肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

☐ 右下肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）　☐ 左下肢（程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

☐ その他（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

筋力の低下はありますか？

☐ ない ☐ ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

動きの悪くなっている関節はありますか？

☐ ない ☐ ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

関節の痛みがありますか？

☐ ない ☐ ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

不安定な動きや、手足のふるえがありますか？

☐ ない　☐ ある（ ☐ 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？

☐ ない ☐ ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

皮膚疾患はありますか？

☐ ない ☐ ある（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）

4. 生活機能とサービスに関する意見

⑴ 移動についてお尋ねします。

屋外歩行	☐ 自立	☐ 介助があれば可能	☐していない
車いすの使用	☐ 使用していない	☐ 主に自分で操作	☐主に他人が操作
歩行補助具・装具の使用	☐ 使用していない	☐ 屋外で使用	☐屋内で使用

⑵ 栄養面・食生活についてお尋ねします。

食事行為	☐ 自分で食べられる	☐ 全面的に介助している
現在の栄養状態	☐ 良好	☐ 不良

⑶ 最近（ここ半年程度の間に）次のようなことがありましたか？（複数回答可）

☐ 尿失禁　☐ 転倒・骨折　☐ 移動能力の低下　☐ 床ずれ

☐ 心肺機能の低下（むくみ・息切れ・動悸・立ちくらみ）　☐ 閉じこもり

☐ 意欲低下　☐ 徘徊　☐ 栄養不良　☐ 食べ物がうまく飲み込めない

☐ 脱水　☐ 風邪や膀胱炎などの感染症　☐ がん等による痛み

⑷ 介護上の問題

血圧の変動：☐ 特になし　☐ あり

細かく刻むなどしないと食べられない：☐ 特になし ☐ あり

うまく飲み込めない：☐ 特になし ☐ あり

移動するのに介助が必要：☐ 特になし ☐ あり

運動するのに介助が必要：☐ 特になし ☐ あり

⑸ 感染症の有無

☐ なし　☐ あり（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿）

⑹困っていることやご要望

日常生活においての困っていることに対して詳しくお書きください

ご協力ありがとうございました