

問 診 票

「主治医意見書」を作成するため、ご協力をお願いします。

患者氏名：_____ 明・大・昭 年 月 日生(歳)

当院以外に受診していますか。

☐ はい ☐ いいえ

はい の場合どの科ですか。(該当する科全てに レ 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。病名を記入して下さい。

(1) _____ 昭和・平成 年 月 頃
(2) _____ 昭和・平成 年 月 頃
(3) _____ 昭和・平成 年 月 頃

(2)この6ヶ月間で入院したり、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

不安定 と答えた方のみ記入して下さい(いつ頃から、どんな具合ですか)

年 月頃

2. ここ14日間以内に以下の医療を受けていますか。(当てはまるものに レをつけて下さい)

- ☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマ(人口肛門)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)

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。(当てはまるものに レをつけて下さい)

- ☐ 0 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は該当。
- ☐ 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。
※隣近所への買物や老人会等への参加など、町内の距離程度の範囲で外出する場合は該当。
- ☐ 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、その他の日中時間もベッドから離れている時間が長い。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は該当。
- ☐ 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、介護者がいても、まれにしか外出しない場合は該当。
- ☐ B1 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移動できる。
※介助なしに車椅子に移乗し、食事、排泄もベッドから離れて行う場合は該当。
- ☐ B2 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移動できない。
※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を必要。
- ☐ C1 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できる。
※ベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち、体位を変えることができます。
- ☐ C2 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できない。
※自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が相当。

(1b) 認知症についてお尋ねします。(当てはまるものに レをつけて下さい)

- ☐ 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 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。
- ☐ IIIa 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、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。日中を中心として症状が出ている。
- ☐ IIIb 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、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。夜間を中心として症状が出ている。
- ☐ 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。常時介護が必要とする。
- ☐ 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。

(2) 認知症の中核症状(理解及び記憶について)。

- a. 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
- b. 日常の意志決定を行うための認知能力(自分で判断できるか)はどの程度ですか。
- ☐ 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
- c. 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)

(3) 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)

次のような症状がありますか。該当するものに レ をつけて下さい。

- ☐ 幻視・幻聴(人や物がいないのに見えたり、聴えたりする)
- ☐ 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、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) ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末(タバコやガスコンロが管理できな)
- ☐ 不潔行為(排泄物をもてあそんだり、まき散らす場合などをいう)
- ☐ 暴食行動(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

(4) 精神・神経症状についてお尋ねします。

- ☐ 精神科、神経内科など受診したことがある
- ☐ 言葉が出なかったり、物の名前を言えなかったりすることがある(失語症)
- ☐ ロレツが回らなくて聴き取りにくい(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ことがあります(せん妄状態)
- ☐ 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、季節などが分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)

(5) 身体の状態についてお尋ねします。(過去6ヶ月間の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)

利き腕 = ☐ 右 ☐ 左 身長 = _____ cm 体重 = _____ kg

☐ 四肢欠損はありますか

(部位 : _____)

☐ 左か右、どちらかに麻痺がありますか

- ☐ 右上肢 (程度 : ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 右下肢 (程度 : ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ 左上肢 (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
(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
(部位 : _____ 程度 : ☐軽 ☐中 ☐重)
- ☐ 関節の痛みがありますか
(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
☐ 無
☐ 有(☐右上肢 ☐左上肢 ☐右下肢 ☐左下肢 ☐右大幹 ☐左大幹)
- ☐ 床ずれはありますか
(部位 : _____ 程度 : ☐軽 ☐中 ☐重)
- ☐ 皮膚疾患はありますか
(部位 : _____ 程度 : ☐軽 ☐中 ☐重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1)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

(2)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

【医師記入】栄養・食生活上の留意点()

(3)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。(該当するものすべてに)

- ☐ 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・動機・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 ☐ その他

【医師記入】対処方針()

(4)介護サービス等の利用による生活機能の維持・改善の見通し【医師記入】

- ☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5)現在次のような医学的管理を受けていますか。

- ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療
☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護
☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション
☐ その他の医療系サービス()

(6) 介護上問題がありますか。

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

☐ 特になし

☐ あり

運動するのに介助が必要

☐ 特になし

☐ あり

その他(

)

(7) 感染症はありますか(有の場合は具体的に記入してください)

☐ 無

☐ 有(

) ☐ 不明

介護で困る点を自由にお書き下さい。
