

②栄養・食生活

①食事行為

自分で、または何とかひとりで食べられる
自分で食べられず全面的に介助を要している

②現在の栄養状態

おおむね良いとおもう よくないとおもう

(3)現在あるかまたは今後起こる可能性の高い状態について

尿を漏らすことがある オムツを着用している。(尿失禁)

立ち上がりや歩行が不安定で転びやすく、骨折の危険がある。(転倒・骨折)

水分や食物を飲み込むときにむせることがある。(嚥下性肺炎)

便秘がひどく何日も便がでないことがある。(腸閉塞)

傷口が化膿しやすい。(易感染性)

お茶や水など水分の摂取量が極端に少ない。(脱水)

階段や坂道ではすぐに息切れ臥して歩けなくなる。(心肺機能)

寝ている間に閉じこもり、他人との交流が少ない。

気分が沈み、何をしてもやる気が出ない。

「ガリ」のため体を痛めることがある。

(4)今後介護サービスを利用することにより生活機能が維持されるか

あるいは改善する見込みは、

期待できる 期待できない わからない、不明

4. 更新申請の方は、前回の申請のときと比べて介護にかかると手間は

少なくなつた あまり変わらない むしろ手間がかかる

ご協力ありがとうございました。記入に際してご不明な点や医療に対してご要望などがありましたら
かかりつけ医か下記の医師会までご連絡ください。

一般社団法人 近江八幡市衛生部医師会
〒523-0892 滋賀県近江八幡市出町 381番
近江八幡市地域医療支援センター
電話 0748-33-1921

主治医意見書のための問診票

平成18年10月 改訂
平成27年 5月 改訂
平成29年1月 改訂

この問診票は、介護保険認定の申請に必要な「主治医意見書」を作成するときに参考にさせていただきます。意見書作成の目的以外には使用せず、他に公開することもありません。ご本人、もしくはご家族の方が、お答えできる範囲で記入し提出をお願いします。

記入日 年 月 日

本人(申請者)氏名:

生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日

現在の要介護度 (要支援 要介護 1 2 3 4 5)

◎記入者 (ご本人 ご家族(徳柄)) ◎家族状況 (独居 同居: 家族 人)

◎主な介護者 (妻 夫 子 その他) 注: 該当するところを○で囲んでください。

1. 現在、主治医以外の他の病院や医院で継続的に診察、治療を受けていますか。

また、その病気の病状は現在安定していますか?

病医院名(科名):

病名: 病状: 安定 不安定

2. ふだんの生活の、身体的、知的な部分について最も当てはまるものに印してください。

(1) 身体的生活レベルについて (日常生活自立度)

(正) 身体的に特に不自由はない。

(J1) 多少不自由なことはあるが、ほぼ自立している。ひとりで外出バスや電車を利用できる。

(J2) 多少不自由なことはあるが、ほぼ自立しており、隣近所ならひとりで外出できる。

(A1) 屋内での生活はほぼ自立しているがひとりで外出はできない。

(A2) 屋内ではほぼ自立しているが、外出は全く億たり起きたりの生活。

(B1) 家の中では誰かに手伝ってもらわないと生活ができない。日中もベッパ上の生活が中心だが食事、トイレはベッパから離れて行っている。

(B2) 家の中では誰かに手伝ってもらわないと生活ができない。日中もベッパ上の生活が中心で介助により車椅子に座ることができ、移動する。

(G1) 一日中ベッパ上で過ごし、食事・トイレ・着替えは介助が必要であるが、搬送りは何とかできる。

(G2) 一日中ベッパ上で過ごし、食事・トイレ・着替えは介助が必要で、搬送りも自分でできない。

(2) 知的生活レベルについて (認知症自立度)

- (E) 日常生活に支障はない。
- (I) 時々物忘れがあって困ることがあるが日常生活はひとりでこなせる。
- (II a) 外出したときに道に迷ったり、買い物や金銭管理ができないことが目立つが、誰かが注意していれば自立できる。
- (II b) 薬の服用方法が分からないことや電話の応対ができず、ひとりで留守番ができないなど問題があるが誰かが注意していれば自立できる。
- (III a) 着替え、トイレなどの仕方がわからないために、日常の基本的な生活がうまくできなかつたり時間がかつたりするので誰かが手伝わないと生活ができない。
- (III b) 上記症状のほか、夜間を中心に徘徊、大声、不潔行為などがあり日常生活に介護を要する。
- (IV) 上記の症状が悪化し、常に目が醒めない状態で、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続き、家や介護が困難である。

(3) 理解と記憶 (認知症の中核症状)

- ①直前に食べたものや前日の出来事などを思い出せなかつたり、ひどい物忘れがありますか。(短期記憶) ない ある
- ②毎日の日課について(認知能力)
 - 自分で判断して生活できる。
 - 新しい出来事に対して多少とまどう。
 - 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。
 - 日常生活で何をやるにおいても自分の判断では何もできない。
- ③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。
 - 多少時間がかかるとは伝えることができる。
 - 「お腹がすいた」「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。

(4) 問題行動 (認知症の周辺症状)

- ①実際にないものが見えるとか聞こえると言ったりすることがありますか？(幻視、幻聴)
 - ない 時々ある よくある
- ②大事なものがなくなつたとか、他人が悪口を言っているということがありますか？(妄想)
 - ない 時々ある よくある
- ③昼間ぐっすり、夜中に起き出しゴロリ動き回ることがありますか？(昼夜逆転)
 - ない 時々ある よくある
- ④今までになかつたようなひどい言葉を吐くことがありますか？(暴言)
 - ない 時々ある よくある

⑤家族や介護をする人に対して叩いたり、蹴ったりすることがありますか？(暴力) ない 時々ある よくある

⑥家族や介護者が介護をするのを拒むことがありますか？(介護への抵抗) ない 時々ある よくある

⑦何の目的もなく歩き回つたり外に出たきり帰れなくなることがありますか？(徘徊) ない 時々ある よくある

⑧バケツやゴミの火の消し忘れ、なべを焦がしたりしたことがありますか？(火の不始末) ない 時々ある よくある

⑨排便のあと、便に触つたり、隠したりしたことがありますか？(不潔行為) ない 時々ある よくある

⑩普通では食べられないものを食べた、口に入れたりしますか？(異食行動) ない 時々ある よくある

⑪性に関する問題行動や家族や周囲の方が迷惑するようなことがありますか？(その他) ない 時々ある よくある

(5) 身体状況について 利き腕 (右 左) 身長 = () cm 体重 = () kg

・ここ6ヶ月で体重の変化がありましたか？ 増加した(約 kg) 変化なし 減少した(約 kg)

・手・足・指などに(事故などで)失われたところがありますか？(四肢の欠損) はい(部位は) いいえ

・顔面や手足などで、ズレて動きにくいところがありますか？(四肢の麻痺) はい(部位は) いいえ

・手足にズレはないが立ち上がりや歩くときに支障の出るような筋力の衰えがありますか？(筋力低下) はい(部位は) いいえ

・お尻や背中に床ずれがありますか？(褥瘡) はい(部位は) いいえ

・床ずれ以外に体のどこかに湿疹などの皮膚病がありますか？(皮膚疾患) はい(部位は) いいえ

・手足の関節が硬くなって動きにくいところがありますか？(関節拘縮) はい(部位は) いいえ

・手足が無意識に動いたり、震えたりすることがありますか？(不随運動) はい(部位は) いいえ

生活機能と介護サービスに関する意見について当てはまるものに してください。

- (1)移動
 - ①屋外歩行 介護なしで歩く 介護があれば歩ける 歩いていない
 - ②車いす 使用していない 自分で操作する 他人が操作する
 - ③つえや老人車など歩行補助具・装具の使用 使用していない 屋外でのみ使用 屋内でも使用