

7 身体的な日常生活の様子についてお聞きします。

歩 行	一人で歩ける	何かにつかまって歩ける (杖・シルバーカー・歩行器 他)	
	車椅子使用 (自分で操作・他人が操作)	歩けない・寝たきり	
排 泄	一人でできる	時に失敗する	常に失敗する(オムツ使用) カテーテルが入っている
食 事	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要 経管栄養である
入 浴	一人でできる	介助が必要	入浴できない 入浴していない
着 替 え	一人でできる	一部介助が必要	全て介助が必要
その他	床ずれがある	その他 ()

8 物忘れなど認知症の状態などについてお聞きします。

物忘れはない 多少物忘れはあるが、困るほどのものはない 物忘れがある
↓ その程度は?
軽い・やや強い・かなり強い

～ 以下の内容に当てはまることはありますか? ～ (複数回答可)

買い物やお金の管理ができない	薬を飲み忘れる	電話の対応ができない
道に迷う	活気がない・外出しない	同じ話を繰り返す
身の回りのことができない	会話ができない・話が通じない	意思表示ができない
その他 ()

9 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。 (複数回答可)

そこにないものが見える・聞こえる	疑い深くなる・間違っただ思い込みがある	
怒りっぽくなった	出歩いてしまう	拒否が強い
不眠・昼間寝ている	食べられないものを食べる	火の不始末
便などをもてあそぶなど汚してしまう	暴力がある	暴言がある
その他 ()

10 上記の他に、困っていることや希望されること、主治医に伝えておきたいことがあればお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<行政使用欄>

- * 緊急性の有無 (有・無) 有の場合 → ・がん末期 ・その他(病名、病状等:
・サービス利用(暫定利用)の有無 (有・無)
- * これまでにかかった大きな病気やケガ・現在かかっている病気やケガ及びそのかかりつけ医療機関

介護保険主治医意見書問診票 [館山市・南房総市・鴨川市・鋸南町]

記入日： 令和 5 年 00 月 00 日

この問診票は、介護認定を希望される方の状態をより正確に主治医に伝えることを目的としています。
 お手数ですが、以下の質問にお答えください。お答えできる範囲で結構です。 (安房医師会)

**記入した問診票は、①介護認定申請書と一緒に市役所・町役場の窓口へ提出するか、
 ②問診票のみを主治医へ直接提出してください。**

医療機関名	〇〇総合病院	主治医氏名	〇〇 〇〇	診療科	内科
被保険者(患者)氏名	南総 花子	生年月日	明治・大正・ 昭和 20 年 1 月 1 日生		
身長	150 cm	体重	45 kg	利き手	右 ・ 左
担当ケアマネジャー (いない方は空欄で結構です)	氏名	〇〇 〇〇	事業所名	〇〇ケアプランセンター	
記入者	南総 太郎	被保険者(患者)との続柄	子	電話番号	0470-36-0000

～ 以下の質問について、当てはまるところに○をし、必要なところは記入してください ～

1 現在の介護認定について

なし (新規申請) 【要支援】 1 2 【要介護】 **1** 2 3 4 5

2 現在、生活しているところは？

自宅 施設 () 病院 () その他 ()

3 2で『自宅』と回答された方に伺います。どなたとお住まいですか？

独居 **家族と同居** (続柄： **長男夫婦**) その他 ()

4 現在、主に介護・支援してくれる人はいますか？ また、それは誰ですか？

いない **いる** → (続柄・関係等： **長男夫婦**)

5 介護認定申請の理由をお聞きします。

(1) 今、お困りのことは何ですか？ (複数回答可)

体が不自由 寝たきり **外出の機会がない** リハビリ希望

認知症がある 家族 または **医師** (**〇〇 〇〇**) に申請を勧められた

その他 ※上記以外の申請理由や申請理由となった病名等があれば、わかる範囲で記入してください。

(2) 上記の症状等は半年前と比べてどうですか？

悪くなっている **変わらない** 良くなっている

→ 特にどんなところが？ ()

6 利用したいサービスは何ですか？ (複数回答可)

訪問看護 ヘルパー派遣 入浴サービス デイケア(施設での日帰りリハビリテーション)

デイサービス(施設での日帰り介護) ショートステイ(施設での短期間の入所介護) 施設入所

福祉用具の貸与や購入 住宅改修 配食サービス

その他 ()

現時点で不明・わからない

裏面もご記入ください

7 身体的な日常生活の様子についてお聞きします。

歩 行 一人で歩ける 何かにつかまって歩ける (杖・シルバーカー・歩行器 他)
 車椅子使用 (自分で操作・他人が操作) 歩けない・寝たきり

排 泄 一人でできる 時に失敗する 常に失敗する (オムツ使用) カテーテルが入っている

食 事 一人でできる 一部介助が必要 全て介助が必要 経管栄養である

入 浴 一人でできる 介助が必要 入浴できない 入浴していない

着 替 え 一人でできる 一部介助が必要 全て介助が必要

その他 床ずれがある その他 ()

8 物忘れなど認知症の状態などについてお聞きします。

物忘れはない 多少物忘れはあるが、困るほどのものはない 物忘れがある
 ↓ その程度は?
軽い・やや強い・かなり強い

～ 以下の内容に当てはまることはありますか? ～ (複数回答可)

買い物やお金の管理ができない 薬を飲み忘れる 電話の対応ができない

道に迷う 活気がない・外出しない 同じ話を繰り返す

身の回りのことができない 会話ができない・話が通じない 意思表示ができない

その他 ()

9 日常の生活で問題となる行動についてお聞きします。 (複数回答可)

そこにないものが見える・聞こえる 疑い深くなる・間違っった思い込みがある

怒りっぽくなった 出歩いてしまう 拒否が強い

不眠・昼間寝ている 食べられないものを食べる 火の不始末

便などをもてあそぶなど汚してしまう 暴力がある 暴言がある

その他 ()

10 上記の他に、困っていることや希望されること、主治医に伝えておきたいことがあればお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<行政使用欄>

- * 緊急性の有無 (有・無) 有の場合 → ・がん末期 ・その他 (病名、病状等:
 ・サービス利用 (暫定利用) の有無 (有・無)
- * これまでにかかった大きな病気やケガ・現在かかっている病気やケガ及びそのかかりつけ医療機関