

いとう内科循環器科クリニック 主治医意見書問診表

記入日 年 月 日

フリガナ

患者本人氏名 生年月日 年 月 日

問診表記載者氏名 本人との関係

1. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか？ (ある・ない)

病状・病名	病院・診療所名	診療科名	いつから

2. 今までにかかった主な病気や手術がありますか？ (ある・ない)

病状・病名	いつ頃

3. 介護保険を申請した主な理由は何ですか？ (手足が不自由・寝たきり・ひどい物忘れ。その他)

4. 患者さんの状態は6ヶ月前に比べてどうですか？ (良くなった・変わらない・悪くなった)

5. 日常の様子についてお聞きします、一つ選んで□に印をつけてください。

【正常】

日常生活に支障はない。

【自立歩行 (杖使用)】

交通機関を利用して一人で外出できる。(J1)

隣近所なら一人で外出できる。(J2)

【介助歩行】

介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活している。(A1)

外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。(A2)

【車椅子生活】

自分ひとりで車椅子に移ることができ、食事・排泄はベットから離れて行う。(B1)

介助がなければ車椅子に乗り移ることができない。(B2)

【寝たきり生活】

排泄、食事、着替えなどに介助を要する。自力で寝返りができる。(C1)

生活全般に介助が必要。自力で寝返りもうてない。(C2)

6 もの忘れの状態についてお聞きます。一つ選んで□に印をつけてください。

- 特になし
- 話がくどくなり、忘れやすくなっているが、生活上の支障はない。(I)
- 道に迷うとか、買い物など今までできていたことにミスが目立つようになった。(II a)
- 電話や訪問者との対応など一人で留守番ができないが、日常生活は何とかできる。(II b)
- 一人で着替え、食事、排泄がうまくできず、時間がかかる。用事もないのにぐるぐる動き回ったり、食べられないものを口に入れたり、大声や奇声をあげたりして、注意しても理解できないことがある。(III a)
- 前記の状態が、週一回以上、夜間に多くあり注意しても理解できないことがある。(III b)
- 著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に眼が離せない。(IV)

7.理解や記憶についてお聞きます。

- ・ 10 分前にとった食事の内容を覚えていますか？ (覚えている・覚えていない)
- ・ 自分一人の判断や意志で行動できますか？ (できる・多少困難・できない)
- ・ 自分の要求や意志を相手に伝えられますか？ (できる・多少困難・具体的要求のみ・できない)
- ・ 食事は自分で食べられますか？ (できる・何とかできる・できない)

8.日常の生活で問題となる行動についてお聞きます。

- ・ 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ 実際になかったことをあったかのように言うことがありますか？ (ある・時々・ない)
- (たとえばお金や大切なものが取られたとか無くなったということがありますか？)
- ・ 昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声をだすことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ 家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ 目的無く動き回ったり外出したり(徘徊)することがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ 便などを触ったり、撒き散らしたりすることがありますか？ (ある・時々・ない)
- ・ 本来食べられないものを食べたりすることがありますか？ (ある・時々・ない)

9.身体の様子についてお聞きします。

- ・話すことはスムーズにできますか？ (できる・できない)
- ・健康なときの利き腕はどちらですか？ (右・左)
- ・身長体重を教えてください。およその値で結構です。 体重 (K g)、身長 (c m)
- ・手、足、指などに欠損がありますか？ (ある(部位)・ない)
- ・麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？ (ある(部位)・ない)
- ・床ずれ(じょくそう)がありますか？ (ある(部位)・ない)
- ・皮膚病がありますか？ (ある(部位)・ない)
- ・関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ (ある(部位)・ない)
- ・自分の意志に反した体の動き(ふるえなど)がありますか？ (ある(部位)・ない)

10.現在の介護の様子をお聞きします。

- ・食べ物をスムーズに飲み込むことができますか？ (できる・何とかできる・できない)
- ・自宅での歩行は一人でできますか？ (できる・できない)
- ・歩行時、補助具(杖など)を用いていますか？ (使用中・使用していない)
- ・椅子や車椅子などを利用していますか？ (使用中・使用していない)
- ・自分でベットから椅子や車椅子などに乗り移れますか？ (できる・できない)
- ・一人で着替えができますか？ (できる・できない)
- ・一人で入浴ができますか？ (できる・できない)
- ・一人で排尿、排便ができますか？ (できる・できない)
- ・掃除が一人でできますか？ (できる・できない)
- ・薬、金銭の管理が自分でできますか？ (できる・できない)

11.利用したい介護サービスすべてにチェックをつけてください。

- 訪問診療、訪問介護、ショートステイ(施設での短期間の入所介護)
- 入浴サービス、デイサービス(施設での日帰り介護)、デイケア(施設での日帰りリハビリテーション)、住宅改修、福祉用具の貸与や購入、配食サービス、施設入所、
- 訪問リハビリテーション)
- その他()

12.希望することや困っていることがあれば記入してください。