

「主治医意見書」作成のための調査用紙

介護保険を申請された方（ご家族）へのお願い

この調査用紙は、主治医が市町村に提出する「主治医意見書」を作成するための参考とするものです。次の質問にご回答くださいますよう、ご協力よろしくお願いいたします。なお、この調査用紙はご記入後主治医へご提出ください。

記 入 者 氏 名	
申請者との続柄（	） 記入日（ 年 月 日）
連 絡 先	— —

住 所	〒 —
電 話 番 号	— —
氏 名 生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生（年齢： ）

1. 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか。

a. ない

b. ある (なにで、どこに、いつ頃から：

)

2. 心身の状態について

障害高齢者の日常生活自立度等（寝たきり度）

（該当するものを1つだけ選んで□の中に✓印をつけてください） □ 自立

J) 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 □ 1. 交通機関などを利用して外出する。 □ 2. 隣近所へなら外出する。
A) 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 □ 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 □ 2. 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。
B) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主であるが座位を保つ。 □ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 □ 2. 介助により車椅子に移乗する。
C) 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 □ 1. 自力で寝返りをうつ。 □ 2. 自力で寝返りもうたない。

認知症高齢者の日常生活自立度（該当するものを1つだけ選んで□の中に✓印をつけてください）

□ 認知症なし

□ I) 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。
II) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 □ II a) 家庭外で上記IIの状態が見られ、たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など、それまでできていたことにミスが目立つなど。 □ II b) 家庭内でも上記IIの状態が見られ、服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができないなど。
III) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 □ III a) 日中を中心として上記IIIの状態が見られ、着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる。火の不始末、不潔行為、性的異常行動など。 □ III b) 夜間を中心として上記IIIの状態が見られ、ランクIII aに同じ。
IV) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。また、ランクIIIに同じ。
M) 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られる。せん妄、妄想、興奮、自傷、他害などの精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。

3. 日常の生活行動について、お伺いします。該当するところに○印をつけてください。

ア. 本来、一時的には記憶が残るような、例えば食事や薬の内服など直前のことについて覚えていないことがありますか。(短期記憶)

a. ない b. ある

イ. 日常の意思決定を行うための認知能力(該当する欄に○印をつけてください)

	日常生活において、首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断でき、自立している。
	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面したときにのみ、判断に多少の困難がある。
	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
	ほとんど、または全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

ウ. 自分の意志の伝達能力(該当する欄に○印をつけてください)

	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させ、伝えられる。
	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、対応に時間がかかる。自分の意志を理解させるのに、多少相手の促しを要することもある。
	時々自分の意志を伝えることができるが、基本的な要求(飲食、トイレ等)に限られる。
	伝えられない、または、限られたものにのみ理解ができるサイン(本人固有の音声あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えることができない。

4. 問題行動などについて、お伺いします。(特に程度のひどい場合には◎印をつけてください)

エ. 実際ないものが見えたり聞こえたりすることがありますか。(幻視・幻聴)

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

オ. 物をとられたなどと被害的になることがありますか。(妄想)

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

カ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がありますか。

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

キ. 暴言がありますか。

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

ク. 暴行がありますか。

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

ケ. 助言や介護に抵抗することがありますか。(介護への抵抗)

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

コ. 目的もなく動き回ることがありますか。(徘徊)

a. ない b. ときどきある c. ある(具体的に:)

サ. 火の始末や火元の管理ができないことがありますか。(火の不始末)

a. ない b. ときどきある c. ある d. 危ないのでやらせていない

シ. 不潔な行為をすることがありますか。(不潔行為)

a. ない b. ときどきある c. ある

ス. 食べられないものを口に入れることはありますか。(異食行動)

a. ない b. ときどきある c. ある

セ. 周囲が迷惑するような性的行動がありますか。(性的問題行動)

a. ない b. ときどきある c. ある

ソ. 尿を漏らすことがありますか。

a. ない b. ときどきある c. ある

タ. 便を漏らすことがありますか。

a. ない b. ときどきある c. ある

5. 精神・神経症状について、お伺いします。

チ. 意味のない単語を羅列したり、いわゆる「口がもつれる」ことなどがありますか。(失語・構音障害)

a. ない b. ときどきある c. ある

ツ. 書けるはずの簡単な字などを書けなくなることがありますか。(失書)

a. ない b. ときどきある c. ある

テ. ぼんやりした状態で無いものが見えたり、精神的な混乱、興奮が出ることがありますか。(せん妄)

a. ない b. ときどきある c. ある

ト. 「眠ってばかりいる」というようなことがありますか。(傾眠傾向)

a. ない b. ときどきある c. ある

ナ. 「日付や曜日がわからない」または「人が誰なのかわからない」というようなことがありますか。

a. ない b. ときどきある c. ある (失見当識)

ニ. 左右がわからなかったり、ドアの開け方がわからないというようなことがありますか。(失認)

a. ない b. ときどきある c. ある

ヌ. 服を着る順序や入浴の手順がわからなくなることがありますか。(失行)

a. ない b. ときどきある c. ある

6. 身体の状態

ネ. 視力・聴力障害があり、生活上手助けや介護が必要になりますか。

a. ない b. ときどきある c. ある

ノ. 利き腕ならびに身長・体重をご記入ください。

利き腕： 右 ・ 左

身 長： c m

体 重： k g

7. 生活機能

移動

屋外歩行	☐ 自立	☐ 介助があればしている	☐ していない
車椅子の使用	☐ 用いていない	☐ 主に自分で操作している	
	☐ 主に他人が操作している		
歩行補助具・装具の使用	☐ 用いていない	☐ 屋外で使用	☐ 屋内で使用
補助具・装具を使用している場合は、種類をご記入ください。			
()			

栄養・食生活

食事行為	☐ 自立または何とか自分で食べられる	☐ 全面介助
現在の栄養状態	☐ 良好	☐ 不良

8. その他（歯科関連）

虫歯が歯ぐきが痛むなど困っていることがありますか。（う蝕・歯周病）

- a. ない b. ときどきある c. ある

入れ歯で困っていることがありますか。

- a. ない b. ときどきある c. ある

あなたが現在利用しているサービスや、今後認定された場合に希望するサービスについて、当てはまる項目全てに印をつけてください。

1. 今現在、利用している介護サービス全てに✓印をつけてください。

在宅サービス

☐ 訪問診療	: 週（月）	回	☐ 訪問歯科診療	: 週（月）	回
☐ 訪問看護	: 週（月）	回	☐ 訪問歯科衛生指導	: 週（月）	回
☐ 訪問介護	: 週（月）	回	☐ 訪問薬剤管理指導	: 週（月）	回
(ホームヘルプサービス)			☐ 訪問栄養食事指導	: 週（月）	回
☐ 訪問入浴	: 週（月）	回	☐ 痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）		
☐ 訪問リハビリテーション	: 週（月）	回	☐ 特定施設入所者生活介護		
☐ 通所介護（デイサービス）	: 週（月）	回	(有料老人ホーム・ケアハウス)		
☐ 通所リハビリテーション	: 週（月）	回	☐ 高齢福祉サービス		
(デイケア)					
☐ 短期入所（生活・療養）・介護（ショートステイ）					
☐ 住宅改修					
具体的に ()					
☐ 福祉用具（レンタル・購入）					
具体的に ()					

2. 認定された場合、受けたサービスに✓印をつけてください。

在宅サービス

- | | |
|--|---|
| ☐ 訪問診療 | ☐ 訪問歯科診療 |
| ☐ 訪問看護 | ☐ 訪問歯科衛生指導 |
| ☐ 訪問介護（ホームヘルプサービス） | ☐ 訪問薬剤管理指導 |
| ☐ 訪問リハビリテーション | ☐ 訪問栄養食事指導 |
| ☐ 通所介護（デイサービス） | ☐ 痴呆対応型共同生活介護（グループホーム） |
| ☐ 通所リハビリテーション（デイケア） | ☐ 特定施設入所者生活介護 |
| ☐ 短期入所療養（生活・療養）・介護（ショートステイ） | |
| ☐ 訪問入浴介護 | |
| ☐ 住宅改修 | |
| 具体的に（ | |
| ☐ 福祉用具（レンタル・購入） | |
| 具体的に（ | |

施設サービス

- ☐ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所
- ☐ 介護老人保健施設（老人保健施設）への入所
- ☐ 介護療養型医療施設（療養型病床群等）への入所

3. 移動（屋内、屋外）、食事、風呂、トイレ、着替え等にどれくらい手がかかるか箇条書きで結構ですのでお書きください。排便、異常行動等困っていることも記載してください。

また、介護サービス等に関するご希望等がありましたら、併せてお書きください。

[illegible]

ご協力ありがとうございました。
医療法人 荘和会 菅原病院