

伊東市民病院 主治医意見書作成のための問診票

主治医意見書作成のため、現在の状態を把握させていただき問診票です。お手数ですがわかる範囲でご記入ください。

申請者(患者)氏名【 】 記入日【 年 月 日】

記載者氏名【 】 関係【 】

申請者の利き腕は 右 左

身長 cm 体重 Kg 最近6カ月の体重変化(いずれかに○)増えた・やせた・変わらない

介護保険の認定を受けていますか。

いない 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

現在、診療を受けている診療科(当院も含めて)当てはまるものに☑をつけてください。

- 内科(循環器・糖尿病・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( )

今までにかかったことのある病気・現在もかかっている病気について(手術した病気、骨折、心臓発作、喘息、入院した時の病気などについて)。 いつ頃 病名

Table with 4 columns: 1, 2, 3, 4. Each column has 'いつ頃' and '病名' labels and a horizontal line for input.

ア、日常生活の様子をお尋ねします。(当てはまるものにひとつだけ☑をつけてください)

- 1.  普段の生活に支障はない。
2.  何らかの障害があっても普段の生活はほぼ自分でし、独力で外出できる。
 一人で交通機関等を利用して外出もできる。
 一人で隣近所なら外出できる。
3.  おおむね家の中では生活できるが、介助なしでは外出しない。
 介助により外出でき、日中はほとんどベッドから離れて生活している。
 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。
4.  座っていられるが、ベッド上での生活が中心であり、屋内での生活にも介助が必要である。
 車いすに移り食事、排泄はベッドから離れて行う。
 介助があれば車椅子に移ることができる。
5.  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。
 自力で寝返りがうてる。
 自力では寝返りもうてない。

イ、認知症の症状・物忘れ等についてお尋ねします。(当てはまるものにひとつだけ☑をつけてください)

\* 脳卒中等で意思疎通が困難な場合も該当する項目に☑をつけてください

- 1.  認知症の症状(ひどい物忘れや被害妄想等)はない。
2.  時々物忘れもあるが、年齢相応で日常生活の上では問題となっていない。
3.  日常生活に支障はあるものの、他者の注意があれば自立する。
 道に迷う、買い物や金銭の管理ができない、などの症状はあるが、日常生活上問題にならない。
 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。
4.  日常生活に支障があり、意思疎通が困難、介護を必要とする。
(着替え、食事、排尿便ができない、物を口に入れる、徘徊、奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等)
 日中を中心として、上記症状により、日常生活に困難を来し介護を必要とする。(意思疎通が困難で日中を中心に介護が必要)
 夜間を中心として、上記症状により、日常生活に困難を来し介護を必要とする。(意思疎通が困難で夜間を中心に介護が必要)
 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする。(意思疎通が困難で常時介護が必要)
5.  さらにもっとひど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。

裏面も記入ください

ウ、理解や記憶についてお尋ねします。(右側の該当するところを○印で囲んでください)

|                           |           |           |
|---------------------------|-----------|-----------|
| ・10分前に食べた食事を覚えていますか。      | 覚えている     | ・ 覚えていない  |
| ・毎日の生活は自分ひとりの判断や意思でできますか。 | できる       | ・ おおよそできる |
|                           | 無理なことがある  | ・ できない    |
| ・自分の言いたいことを人に伝えることができますか。 | 伝えられる     | ・ おおよそできる |
|                           | 具体的な要求に限る | ・ 伝えられない  |

エ、日常の生活で問題となる行動についてお尋ねします。(右側の該当するところを○印で囲んでください)

|   |    |      |      |
|---|----|------|------|
| ・実際に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いふことがありますか。<br>(例えば、お金や大切な物が取られたとか、死んだ人が会いに来たなど) | ある | ・ 時々 | ・ ない |
| ・昼間寝ていて、夜間動き回ったり大声を出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、暴力を振るったりすることがありますか。                                 | 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 |
| ・意味もなく家の中を動き回ったり、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の火の不始末がありますか。                                    | ある | ・ 時々 | ・ ない |
| ・便など触ったり、ま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(食物以外のもの)を食べたりすることがありますか。                                | ある | ・ 時々 | ・ ない |
| ・性的な問題行動(人前で性器を出したりいじったりなど)することがありますか。                              | ある | ・ 時々 | ・ ない |

オ、日常生活での移動状態についてお尋ねします。(右側の該当するところを○印で囲んでください)

|                        |  |
|------------------------|--|
| ・日頃、家の外(屋外)に出て歩いていますか  | 一人で歩行・誰かの介助又は見守りで歩行・屋外を歩かない            |
| ・車イスを使用していますか          | 全く使用せず ・ 主に自分だけで操作をして使用 ・ 他人の操作や見守りで使用 |
| ・歩行補助具(杖等)や装具を使用していますか | 使用せず・屋外で使用/室内で使用/両方で使用(時々含む)           |

カ、食事についてお尋ねします。(該当するところを○印で囲んでください)

・自分一人で、またはなんとか自分で食べることができる ・ 他の者の全面的な介助が必要である

キ、利用したい医療系サービスすべてに☑をつけてください。

- 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( )

ク、利用したいサービスすべてに☑をつけてください。

- ヘルパー派遣(訪問介護)    ショートステイ(施設での短期間入所介護)    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    施設入所  
その他( )

ケ、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。

ご協力ありがとうございました。