

問 診 票

この問診票は介護保険主治医意見書記入の際の参考として使用します。他に公表することはありませんので、本人又は介護している方がご記入ください。

ふりがな			
申請者氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月 日
記入者		続柄	
記入日	平成	年	月 日

I. 傷病について

(1)今まで本人がかかった病気（特に現在の障害に関するもの）を具体的に書いてください。

病名 発病年月（日）

(2)現在、当院以外で継続的に診察を受けたり治療を受けている病院・医院はありますか？

はい いいえ

病院・医院名（科） 病名

II. 身体状態について

・日常生活における身体的状態についての質問です。1番近いもの1つだけに○をつけてください。

イ. 身体的状態については問題ない。(正常)

ロ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分ででき、電車・バスなど利用して外出している。(J 1)

ハ. 多少不自由なことはあるが自分のことは自分でできていて、隣近所へなら外出している。(J 2)

ニ. 家の中では、自分のことは自分でできているが1人では外出しない。(A 1)

ホ. 家の中では、自分のことは自分でできているが外出することはほとんどなく、寝たり起きたりしている。(A 2)

ヘ. 家の中での生活も何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であるが、食事・排泄は寝床から離れて行っている。(B 1)

ト. 家の中での生活も何らかの手助けが要り、日中も寝たり起きたりの生活が中心であって、座ることはできるが、自力では寝床から移動することはできない。(B 2)

チ. 1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要であるが、自力で寝返りはできる。(C 1)

リ. 1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要で、自力で寝返りできない。(C 2)

Ⅲ. 認知症などの精神状態について

(1)日常生活における物忘れについてのご質問です。1番近いもの1つだけに○をつけてください。

カッコがあるものはカッコ内にも○をつけてください。

イ. 物忘れは特になく、日常生活が送れている。(正常)

ロ. 日常生活において、多少ちぐはぐな点はあるが特に問題はない。(I)

ハ. 日常生活において、道に迷う、電話の応対などに問題があり、買い物や金銭管理などこれまでできていたことで間違いが目立つが、誰かが注意していれば生活できる。(II)

() これが家庭外でみられる(IIa) () これが家庭内でもみられる(IIb)

ニ. 日常生活で、着替え・食事・排泄等が上手にできなかつたり、徘徊などがみられ意思疎通が困難だったり、誰かが介護しないと生活できない。(III)

() これが日中にみられる(IIIa) () これが夜間にもみられる(IIIb)

ホ. 日常生活に支障をきたし、着替え・食事・排泄などが上手にできず、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、付きっきりで介護しないと生活できない。(IV)

ヘ. 大声を出したり、意味不明のことを言ったり、興奮して暴れたりするので、家庭で家族が介護することができないか、非常に困難な状況である。(M)

(2)日付けや直前に食べたもの、前の日の出来事などで物忘れがありますか？

いいえ (はい)

(3)毎日の日課で意思を決定する能力について、当てはまるもの1つだけに○をつけてください。

イ. 特に問題ない。

ロ. 新しい課題や状況に直面した時、判断に多少の困難がある。

ハ. 毎日繰り返していることでも(例えば食事・入浴等)判断力が弱く、指示する必要がある。

ニ. ほとんどまったく判断できない。

(4)本人の要求や意見を伝える能力について、当てはまるもの1つだけに○をつけてください。

(会話に限らず筆談、手話を含めて)

イ. 自分の考えを容易に伝えられる。

ロ. 考えをまとめたり、適当な言葉を選び自分の意見を伝えるのに多少時間がかかる。

ハ. 基本的な要求(食事・睡眠・トイレなど)のみ伝えられる。

ニ. ほとんど伝えられない。

Ⅳ. 認知症による症状(行動・心理症状)の有無について。

(1)以下の質問のうち「時々ある」や「ある」場合は、○印をつけてください。(複数○可)

イ. 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがある。

ロ. お金や大切なものがなくなったとか、盗まれたなどの言動がある。

ハ. 昼間寝ていて、夜になると起きていて動き回ったり声を出したりすることがある。

ニ. 今までになかったようなひどい言葉を言うことがある。

ホ. 家族や介護する人に対して暴力行為をすることがある。

ヘ. 食事・排泄・入浴などの日常生活で、介護する人からの援助を拒絶することがある。

ト. 目的もなく動き回ったり、1人で外出して家に帰れなくなったりしたことがある。

チ. ガスコンロの消し忘れなど、火の不始末がある。

リ. 排便後、便を触ったり、隠したりすることがある。

ヌ. 本来食べられないような物を口に入れたりすることがある。

ル. 家族や周囲の人が迷惑するような卑猥な性的言動や行動がある。

ヲ. その他 ()

(2)最近、以前はなかったのに以下の状態がありますか？以下の項目の中で当てはまるものがあれば○をつけてください。（複数○可）該当する場合、専門医受診の有無や受診科名をお書きください。

- イ. 以前と比べて、活発さに欠け、気分的に落ち込んだ状態がある。（うつ状態）
- ロ. 暴れたり、大声で騒いだり突然動き出したりすることがある。（せん妄状態）
- ハ. 1日中うとうと寝ており、大声で起こせば起きるがすぐ寝てしまうことがある。（傾眠傾向）
- ニ. 自分の居場所がわからなくなったり、季節などが不正確だったりすることがある。（失見当識）
- ホ. 声が出なくなったり、会話がスムーズに行えないことがある。（構音障害）
- ヘ. 意識ははっきりしているのに、物の名前が言えないことがある。（失語症）
- ト. 意識ははっきりしているのに、よく知っている人の顔がわからないことや、手足の麻痺もないのに洋服が上手く着られないこと、箸やスプーンを上手く使えないことがある。（失認・失行）
- チ. その他（ ）

・上記症状について、専門医を受診していますか
していない している（受診科名： ）

V. 必ずご記入ください。

利き腕（右・左） 身長（約 ）cm 体重（約 ）kg

→ 過去6ヶ月の体重の変化（増加・維持・減少）：あてはまるものに○をつけてください。

VI. その他、症状等について

・以下の質問について「ある」もしくは「ない」に○を付け、「ある」場合は部位を記載してください。

(1) 手・足・指などに欠損がありますか？	ない	ある（部位 ）
(2) 顔面・手足や体で麻痺しているところがありますか？	ない	ある（部位 ）
(3) 手や足は動くけれども、日常生活を送る上で障害となるような筋力の衰えがありますか？	ない	ある（部位 ）
(4) 手・足の関節で硬くなって動きにくいことがありますか？	ない	ある（部位 ）
(5) 日常生活に支障があるような手・足の関節に痛みがありますか？	ない	ある（部位 ）
(6) 手足のふるえがありますか？	ない	ある（部位 ）
(7) 床ずれ（褥瘡）がありますか？	ない	ある（部位 ）
(8) 床ずれ以外に身体に湿疹や水虫、おむつかぶれ等皮膚病はありますか？	ない	ある（部位 ）

VII. 生活機能やサービスについて

(1)屋外歩行について当てはまるもの 1つだけに○をつけてください。

自分で屋外歩行をしている 介助があれば屋外歩行をしている 屋外歩行をしていない

(2)車椅子使用について当てはまるもの 1つだけに○をつけてください。

使用していない 主に自分で車椅子を操作している 主に介護者が車椅子を操作している

(3)歩行補助具・装具（歩行器・シルバーカー・杖等）の使用について当てはまるものに○をつけてください。（複数○可）

使用していない 屋外で使用している 屋内で使用している

(4)食事について、当てはまるもの 1つだけに○をつけてください。

自分で食べている 全面的に介助が必要

(5)現在の栄養状態について、当てはまるもの 1つだけに○をつけてください。

良 好 良くない

(6)以下のような状態がありますか？これから起こりそうですか？そのいずれでも、あてはまる場合は、○印をつけてください。（複数○可）

- | | | |
|---|-----------------|------------------------|
| 1. 尿や便をもらすことがある | 2. 転びやすい | 3. 移動する能力が低下している |
| 4. 床ずれができる | 5. 息切れがある | 6. 1日中家の中に居て外出しないことが多い |
| 7. 余りやる気がしない | 8. 徘徊する | 9. 食事量が少ない |
| 10. 食事の時にむせたり飲み込みづらい | 11. 脱水状態になる | |
| 12. 感染にかかりやすい | 13. がん等で痛みが強くなる | |
| 14. その他（ ） | | |

(7)どんな医療サービスを受けたいですか？（希望番号に○をつけてください：複数○可）

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. 訪問診療（医師の往診） | 2. 訪問看護 |
| 3. 看護職員の居宅療養管理指導（訪問による療養上の相談及び支援） | |
| 4. 訪問歯科診療 | 5. 訪問薬剤管理指導 |
| 6. 訪問リハビリテーション | 7. 短期入所療養介護（ショートステイ） |
| 8. 訪問歯科衛生指導 | 9. 訪問栄養食事指導 |
| 10. 通所リハビリテーション | 11. その他（ ） |

(8)どんな介護サービスを受けたいですか？（希望番号に○をつけてください：複数○可）

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. 訪問介護（ホームヘルプサービス） | 2. 訪問入浴介護 |
| 3. 通所介護（デイサービス） | 4. 短期入所介護（ショートステイ） |
| 5. 介護付有料老人ホーム | 6. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） |
| 7. 福祉用具貸与・購入 | 8. 住宅改修 |
| 9. 小規模多機能型居宅介護（認知症の人向けに訪問・通所・泊まりを組合わせたサービス） | |

Ⅷ. 最後に特に困っていることがあれば自由にご記入ください。これは医師が意見書を記載する際に参考としますので、是非ともお書きください。

(お願い) 病院・医院では、介護認定申請に際して物忘れの目安として「長谷川式の検査」（質問と回答の検査）を行う場合があります。認定審査に有用ですので、どうぞご了解ください。

長谷川式（ ）点 平成 年 月