

主治医意見書作成のための問診票【対象者本人又はご家族が記入】

主治医意見書作成のため身体状態を把握させていただき問診票を作成させていただきます。
主治医に書いていただく必要はありません。

(申請時に入院・入所中の方は不要です。ただし、入所先で依頼している医療機関とは別の医療機関で作成してもらう場合等は提出が必要となります。)

記入日： 令和 年 月 日

対象者： 身長 cm 体重 kg

記入者： 【続柄】

1. 普段の身体の状態について下記の中から1つ選んで□にチェックをつけて下さい。

<input type="checkbox"/> 特に普段の生活に支障はない。
<input type="checkbox"/> 何らかの障害はあっても普段の生活はほぼ自分でしている。
<input type="checkbox"/> 家の中では概ね自分でできるが、外出には介助が必要。
<input type="checkbox"/> 座ることはできるが、ベッド上での生活が中心。
<input type="checkbox"/> 一日中ベッドで過ごし排泄・食事・着替え等に介助が必要。

2. 認知症の症状について下記の中から1つ選んで□にチェックをつけて下さい。

<input type="checkbox"/> 特に認知症は見られない。
<input type="checkbox"/> 軽い認知症はあっても、普段の生活はほぼ自分でしている。
<input type="checkbox"/> 買い物・金銭管理など今までできた事にミスが目立つ。
<input type="checkbox"/> 認知症のため着替え・食事・排泄に介護が必要。また徘徊・失禁・不潔行為がある。
<input type="checkbox"/> 昼夜にわたり上記の状態が見られる。
<input type="checkbox"/> 上記よりもっとひどい問題行動が見られる。

以下の質問からは該当する所を○で囲んで下さい。

3. 10分前に食べ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
4. 毎日の生活は自分一人の判断や意思でできますか。	できる・少しできる・できない
5. 自分の言いたい事を相手に伝えることはできますか。	できる・少しできる・できない
6. 食事は自分で食べる事ができますか。	できる・少しできる・できない
7. 実際に無いものが見えたり聞こえたりすることがありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない
8. お金を盗られたなど実際にはない事をあったように言う事がありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない
9. 昼間寝ていて夜中に動き回ることがありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない
10. 暴言・暴力をすることがありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない
11. 介護に抵抗することがありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない
12. 目的もなく動き回ったり外に出てしまうことがありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない
13. ガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか。	毎日・週2~3回・月1~2回・ない

裏面にも質問事項があります。

14. 便を触ったりいじったりすることがありますか。	毎日・週 2～3 回・月 1～2 回・ない
15. 食べられない物を食べたりすることがありますか。	毎日・週 2～3 回・月 1～2 回・ない
16. ひどい物忘れがありますか。	毎日・週 2～3 回・月 1～2 回・ない
17. 利き腕はどちらになりますか。	右 ・ 左

18. 身体の動かしにくい所や、普段の生活で不自由な所がありますか。
 肩（ 右・左 ） 肘（ 右・左 ） 股（ 右・左 ）
 膝（ 右・左 ） 足首（ 右・左 ） その他（ ）

症状を具体的に記入して下さい。

[]

19. 日常生活の屋外歩行について、下記の中から 1 つ選んで にチェックをつけて下さい。

- 屋外歩行をしている。(歩行器、杖、義足、装具等を用いる場合も含む)
- 介護があればしている。(介護者が見守っている場合も含む)
- 屋外歩行はしていない。(車椅子を使用している場合も含む)

以下の質問からは該当する所を○で囲んで下さい。

20. 車椅子（電動を含む）の使用について
 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
21. 歩行補助具（歩行器・杖等）・装具の使用について
 使用していない ・ 屋外のみ使用 ・ 屋内外問わず使用

22. 現在困っている事がありましたら記入して下さい。

[]

23. 前回認定を受けた方に伺います。前回の時と比較して状態に変化はありますか。
 良くなった ・ 変わらない ・ 悪くなった

内容を具体的に記入して下さい。

[]

南伊豆町役場福祉介護課に提出してください。