

問 診 票

最終診察月日 平成 年 月 日

「主治医意見書」を作成するため、ご協力をお願いします。

患者氏名: _____ 明・大・昭 年 月 日生(歳)

当院以外に受診していますか。

- はい いいえ

はい の場合どの科ですか。(該当する科全てに をつけてください)

- 内科(循環器科、糖尿病科、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

1. 病気や障害についてお尋ねします。

(1)心身が不自由になったのはいつ頃からですか。病名を記入して下さい。

- (1) _____ 昭和・平成 年 月 頃
(2) _____ 昭和・平成 年 月 頃
(3) _____ 昭和・平成 年 月 頃

(2)この6ヶ月間で入院したり、病状に変化はありましたか。

- 病状は安定 病状は不安定 不明

不安定 と答えた方のみ記入して下さい(いつ頃から、どんな具合ですか)

平成 年 月頃

2. ここ14日間以内に以下の医療を受けていますか。(当てはまるものに をつけて下さい)

- 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人口肛門)の処置
 酸素療法 人工呼吸器 気管切開の処置
 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定
 床ずれの処置 カテーテル(膀胱などへの)

3. 心身の現在の状態についてお尋ねします。

(1a) 日常生活の程度は次のどれに当たりますか。(当てはまるものに レをつけて下さい)

- 0 特に問題はない。
- J1 交通機関(バス、電車)を利用して、かなり遠くまで外出できる。
※公共交通機関を利用して、積極的にかなり遠くまで外出する場合は該当。
- J2 隣近所なら、一人で買物や老人会の参加などで外出する。
※隣近所への買物や老人会等への参加など、町内の距離程度の範囲で外出する場合は該当。
- A1 日中はベッドからはなれて生活しており、誰かの介助があれば外出できる。
※寝たり起きたりしているものの、食事、排泄、着替えはもとより、その他の日中時間もベッドから離れている時間が長い。介護者がいれば、その介助を受けて、比較的多く外出する場合は該当。
- A2 あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。
※日中時間帯、寝たり起きたりの状態にあるものの、ベッドから離れている時間の方が長い。介護者がいても、まれにしか外出しない場合は該当。
- B1 ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での日常生活には介助が必要。
車椅子などに一人で移動できる。
※介助なしに車椅子に移乗し、食事、排泄もベッドから離れて行う場合は該当。
- B2 ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での日常生活には介助が必要。
車椅子などに一人で移動できない。
※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を必要。
- C1 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
自力で寝返りをうつことができる。
※ベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち、体位を変えることができます。
- C2 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
自力で寝返りをうつことができない。
※自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が相当。

(1b) 認知症についてお尋ねします。(当てはまるものに レをつけて下さい)

- 0 認知症はない。
- I 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ自立している。
- II a 道に迷う、買物や金銭の管理ができない、などの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。
- II b 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。
- III a 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。日中を中心として症状が出ている。
- III b 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない、徘徊などの症状により、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。夜間を中心として症状が出ている。
- IV 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時介護が必要とする。
- M せん妄、妄想、興奮など著し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。

(2) 認知症の中核症状(理解及び記憶について)。

- a. 物忘れがありますか(同じ事を繰り返して言う等) はい いいえ
- b. 日常の意志決定を行うための認知能力(自分で判断できるか)はどの程度ですか。
- 自立(毎日する事を自分で判断して、計画できる)
 - いくらか困難(新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある)
 - 見守りが必要(毎日の日程を一人でこなすのが困難)
 - 判断できない
- c. 自分の意志や考えが他の人に伝えられますか。
- 伝えられる
 - いくらか困難(考えをまとめたり、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる)
 - 具体的要求に限られる(飲食、睡眠、トイレなどの意志を伝える程度)
 - 伝えられない(ジェスチャーやサインなどで、家族のみが解る程度)

(3) 認知症の周辺症状(問題行動の有無についてお尋ねします)

次のような症状がありますか。該当するものに をつけて下さい。

- 幻視・幻聴(人や物がいないのに見えたり、聴えたりする)
- 妄想(お金を盗られたと言ったりする) 昼夜逆転 暴言 暴行
- 介護への抵抗(介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない) 徘徊 火の不始末(タバコやガスコンロが管理できない)
- 不潔行為(排泄物をもてあそんだり、まき散らす場合などをいう)
- 暴食行動(食べ物でないものを口に入れたりする) 性的問題行動
- その他

(4) 精神・神経症状についてお尋ねします。

- 精神科、神経内科など受診したことがある
- 言葉が出なかったり、物の名前を言えなかったりすることがある(失語症)
- ロレツが回らなくて聴き取りにくい(構音障害)
- おかしなことを口走ったり、物をつまむ様な行動をすることがあります(せん妄状態)
- 一日中ウトウトしている(傾眠傾向)
- 自分の家やトイレの場所、季節などが分からなくなることがある(失見当識)
- 下着など一人で順番を間違えないで着替えることができない(着衣失行)

(5) 身体の状態についてお尋ねします。(過去6ヶ月間の体重の変化 増加 維持 減少)

利き腕 = 右 左 身長 = _____ cm 体重 = _____ kg

四肢欠損はありますか

(部位 : _____)

左か右、どちらかに麻痺がありますか

- 右上肢 (程度 : 軽 中 重) 右下肢 (程度 : 軽 中 重)
- 左上肢 (程度 : 軽 中 重) 左下肢 (程度 : 軽 中 重)
- その他 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

- 筋力の低下はありますか
 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)
- 動きの悪くなっている関節はありますか
 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)
- 関節の痛みがありますか
 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)
- 不安定な動きや、手足のふるえがありますか
 無
 有(右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 右大幹 左大幹)
- 床ずれはありますか
 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)
- 皮膚疾患はありますか
 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動についてお尋ねします。

- 屋外歩行 自立 介助があれば可能 していない
 車いすの使用 使用していない 主に自分で操作 主に他人が操作
 歩行補助具・装具の使用 使用していない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養面・食生活についてお尋ねします。

- 食事行為 自分で食べられる 全面的に介助している
 現在の栄養状態 良好 不良

【医師記入】栄養・食事上の留意点(_____)

(3) 最近(ここ半年程度の間)に)次のようなことがありましたか。(該当するものすべてに し)

- 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 床ずれ
 心肺機能の低下(むくみ・息切れ・動機・立ちくらみ) 閉じこもり 意欲低下
 徘徊 栄養不良 食べ物がうまく飲み込めない 脱水
 風邪や膀胱炎などの感染症 がん等による痛み その他

【医師記入】対処方針(_____)

(4) 介護サービス等の利用による生活機能の維持・改善の見通し【医師記入】

- 期待できる 期待できない 不明

(5) 現在次のような医学的管理を受けていますか。

- 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
 その他の医療系サービス(_____)

(6) 介護上問題がありますか。

血圧の変動

特になし

あり

細かく刻むなどしないと食べられない

特になし

あり

うまく飲み込めない

特になし

あり

移動するのに介助が必

特になし

あり

運動するのに介助が必要

特になし

あり

その他(

)

(7) 感染症はありますか(有の場合は具体的に記入してください)

無

有(

) 不明

記入すべき特記事項 (医師記入)

前回申請時と比べ

ほぼ同じ状態

悪化している

改善している
