

介護保険を申請される方(ご家族様)へ

釜石医師会

『主治医意見書』作成事前アンケートの記入について(お願い)
 当医師会では、意見書の作成を円滑に行うためにいろいろの事を考
 えて協力しております。お手数をおかけしますがこのアンケートにぜひ
 記入して医療機関に提出して下さるようお願いいたします。

「主治医意見書」作成事前アンケート

ふりがな 被保険者の氏名	生年月日		M . . 生(歳)
			T . . 生(歳)
			S . . 生(歳)
郵便番号	〒 -	電話	
住所			
連絡先 (被保険者と同じ 場合記入不要です)	氏名		
	本人との続柄		
	電話	() -	
医療機関名		主治医氏名	

『主治医意見書』作成の参考とさせていただきたいと思いますので次の質問にお答えください。

1. 介護保険の申請について教えてください。該当する番号に○印をつけてください。

①介護認定申請は何回目ですか 1) 初めて 2) 更新 (回目)
②当院での意見書を書いてもらうのは何回目ですか 1) 初めて 2) 2日目以降
③更新申請の方は、現在の要介護度の□にレ印をつけてください... <input checked="" type="checkbox"/> 。
<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5

2. 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか。

1) ある(何で: どのに:)
2) ない

3. 当院で他に受診している診療科があれば教えてください(で表示してください)。

<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()

4. 現在通院していないが、今後診療を受けたいと思っている医療機関はありますか。

1) ある(何で: どのに:)
2) ない

5. 日常生活についてお伺いします。(該当する記号、番号の前に□にレ印をつけてください…)

※ 生活面(ひとつだけ選んで番号の前の□にレ印を付けてください)

J) 日常生活はほぼ自立していて、自分ひとりで外出することができる。 <input type="checkbox"/> 1. 交通機関など利用し外出することができる。 <input type="checkbox"/> 2. 隣近所なら外出することができる。
A) 屋内での生活は概ね自立しているが、介助がないと外出できない。 <input type="checkbox"/> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活している。 <input type="checkbox"/> 2. 外出の頻度が少なく、日中も殆ど寝たり起きたりの生活をしている。
B) 屋内での生活に何らかの介助を要し、日中もベット上で過ごすことが多いが、座位を保つことができる。 <input type="checkbox"/> 1. 自分で車椅子に移乗することができる、食事、排泄はベットから離れて行う。 <input type="checkbox"/> 2. 介助により車椅子に移乗することができる。
C) 日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 <input type="checkbox"/> 1. 自分で寝返りができる(つかまっても可)。 <input type="checkbox"/> 2. 自分では寝返りできない。

※ 認知症状等(1つだけ選んで□にレ印をつけてください…)

<input type="checkbox"/> 認知症状はない。加齢による多少の物忘れはあっても日常生活に全く支障を感じない。
<input type="checkbox"/> I) 何らかの認知症状が見られるが、日常生活に殆ど支障を感じない。
<input type="checkbox"/> II) 日常生活に困るような症状・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生活できる。 <input type="checkbox"/> II a) 家庭外で上記IIの症状が見られ、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ようになった。 <input type="checkbox"/> II b) 家庭内でも上記IIの状態が見られ、薬の管理ができない。電話の対応や訪問者への対応などが困難で、一人で留守番をすることができない。
III) 日常生活に困るような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に目を離せない状況である。 <input type="checkbox"/> III a) 日中を中心として上記IIIの症状が見られ、着替え、食事、排便、排尿が上手にできなかつたり時間がかかたりする。食べられないものを口に入れたり、物を拾い集めたり、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の始末、不潔行為、性的異常行為などの行為がみられる。 <input type="checkbox"/> III b) 夜間を中心として上記III a)の状態が見られる。
<input type="checkbox"/> IV) 日常生活に困るような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に目を離せない状況である。
<input type="checkbox"/> V) 著しく精神的に不安定な状態や周囲の方が困るような行動、重い病気などがあり、意思疎通ができない状況(せん妄、妄想、興奮、自傷行為などが継続したり、重い病気で専門医の治療を必要とする状況など)。

6. 日常生活や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. 5分前に食べた食事の内容を覚えていないなど、直前の記憶が残りにくいことがありますか。

()	ない
()	ときどきある
()	ある

イ. 日常の意思決定を行うための判断力:1つだけ選んで()に○印をつけてください。

()	日常において、基本的な状況判断ができる。毎日の予定をたて、理解することができる。
()	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時にのみ判断に多少の困難さがある。
()	判断力が低下し、毎日の日課をこなすにも合図や見守りが必要である。
()	ほとんど、判断することができない。

ウ. 自分の意思の伝達能力:1つだけ選んで()に○印をつけてください。

()	自分の考えを表現し、相手に伝えることができる。
()	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難さがみられ、対応に時間がかかる。
()	基本的な要求(飲食、睡眠、トイレ等)程度に限り相手に伝えられる。
()	ほとんど伝えることができない。

歯科関連:該当する番号に○印をつけてください。

エ. 虫歯や歯茎が痛むなど困っていることがありますか。 1) ない 2) ときどきある。 3) ある
オ. 入れ歯で困っていることがありますか。 1) ない 2) ときどきある。 3) ある

該当する番号に○印をつけてください。

カ. 尿を漏らすことがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
キ. 便を漏らすことがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ク. 実際にはないものが見えたり聞こえたりすることがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ケ. 物を盗られたなどと被害的になることがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
コ. 夜眠れなくて困ることや、昼夜の逆転がありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
サ. 乱暴な言葉を使うことがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
シ. 乱暴な行動や暴力をふるうことなどがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ス. 助言を聞き入れないとか、介護に抵抗したりすることがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
セ. 目的もなく動き回ることが(徘徊)ありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ソ. 火の始末ができなくて不安を感じることはありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
タ. 不潔な行為をする事がありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
チ. 食べれないものを口に入れることがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ツ. 周囲が迷惑するような性的行動がありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
テ. 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。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ト. 書けるはずの字など書けなくなるということはありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ナ. 精神的に混乱したり、錯乱、興奮などが出現し、不安定な状態になることがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ニ. 日中も眠ってばかりいるとか眠そうにうとうとしていることが多いことはありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ヌ. 「日付けや曜日がわからない」、『知っているはずの人が誰かわからない』ということがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ネ. 左右がわからないとか、ドアの開け方がわからないということがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る
ノ. 服を着る順番や入浴の手順がわからないことがありますか。 1) な い 2)ときどきある 3)あ る

7. 身体状況について教えてください。該当する番号に○印をつけてください。

①利き腕は左右どちらでしょうか。 1) 右 2) 左
②身長と体重を教えてください。 cm kg
③過去6ヶ月間の体重の変化はありましたか。 1) 著しい変化はない 2) 増加した 3) 減少した

8. 日常生活での屋外歩行の状態についてお伺いします。該当する□にレ印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 自分だけで屋外を歩いている(歩行補助具や装具を使用する場合を含みます)。
<input type="checkbox"/> 介護者と一緒に屋外を歩いている(見守りをしている場合を含みます)。
<input type="checkbox"/> 屋外歩行をしていない。(車椅子で屋外を移動している方を含みます)。

9. 車椅子(電動車椅子も含む)の利用についてお伺いします。外出時だけのしよや病院や施設等だけで使用している場合を含みます。該当する□にレ印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 全く使用していない。
<input type="checkbox"/> 室内は自分で操作することが多い。
<input type="checkbox"/> 介護者に操作してもらったことが多く(操作時に見守りを必要とする場合も含む)

10. 歩行補助具・装具の使用についてお伺いします。該当する全ての□にレ印を付けてください。

<input type="checkbox"/> 全く使用していない。
<input type="checkbox"/> 屋外で使用するが多い(使用している補助具等の名称)。
<input type="checkbox"/> 屋内で使用するが多い(使用している補助具等の名称)。

11. 食事についてお伺いします。1つだけ選んで()に○印をつけてください。

()	自分で、ないし見守り・励まし、身体的援助によって自分で食べることができる。
()	介助者に食べさせてもらう。

12. 介護認定申請者の主訴、家族状況、住居環境(外出が困難になるなどの日常生活に支障となるような環境の有無)、日常的に使用する機器・器械の有無について記入ください。

--

13. その他生活上でお困りのことや介護サービスに関するご希望等がありましたらご記入ください。

14. 介護サービスの希望などについてお伺いします。

現在利用しているサービスについてチェックをし、利用頻度(回数、日数など)を記入してください。

*在宅サービス：介護予防、介護給付のすべてのサービスを含みます。			
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与()
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売()
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月 回	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付：見守り介護等[]
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス[]

今後利用を希望するサービスについてチェックをし、利用頻度(回数、日数など)を記入ください。

*在宅サービス：介護予防、介護給付のすべてのサービスを含みます。			
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与()
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売()
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月 回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月 回	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月 日		
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付：見守り介護等[]
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス[]
*施設サービス			
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所			
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設への入所			
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設への入所			
<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)への入所			
<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウスなど)への入所			

* ご協力ありがとうございました *

