

介護保険を申請される方（ご家族）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）

釜石医師会では、主治医意見書の作成を円滑に行うため、ご家族様等に「主治医意見書作成事前アンケート」の記入をお願いしております。お手数をおかけ致しますが、このアンケートに、是非ご記入のうえ、医療機関に提出していただきますようご協力をお願い致します。

なお、認定申請書と同時に提出する場合に限り、保険者(釜石市・大槌町)経由で医療機関に提出できます。ご記入内容の確認が必要な場合は「連絡先」に記入頂いた方へ連絡します。

『主治医意見書』作成事前アンケート

ふりがな 被保険者氏名			生年月日 (年齢)	□大正 □昭和
				年 月 日 (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)	氏名			
	本人との続柄			
	電話	()	—	
医療機関名			主治医氏名	
※ ケアマネジャー氏名	(所属事業所名:)			
記入者 (連絡先と同じ 場合記入不要)	氏名			
	本人との続柄			
	電話	()	—	

※新規申請の方は「ケアマネジャー」についての記入は不要です。

『主治医意見書』作成の参考とさせていただきたいと思っておりますので、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。該当するものに✓印をつけてください。

①介護認定申請は何回目ですか	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 2回目以降(更新・区分変更)
②当院で意見書を書いてもらうのは何回目ですか	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 2回目以降
③更新・区分変更申請の方は、現在の要介護度に✓印をつけてください	<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	
④介護度の変更を希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

2. 現在、当医院以外に通院している医療機関はありますか。

<input type="checkbox"/> ある(何で:)	どこに:)
<input type="checkbox"/> ない	

3. 当院で他に受診している診療科があれば✓印をつけてください。

<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. 日常生活についてお伺いします。該当する記号を選び、番号の前の□に✓印をつけてください

※ 生活面(J1～C2の中でひとつだけ選んで番号の前の□に✓印をつけてください)

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"/> J-1. 交通機関などを利用し外出することができる。 <input type="checkbox"/> J-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"/> A-1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している。 <input type="checkbox"/> A-2. 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。
B) 屋内での生活に何らかの介助を要し、日中もベッド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"/> B-1. 自分で車椅子に移乗することができ、食事、排泄はベッドから離れて行う。 <input type="checkbox"/> B-2. 介助により車椅子に移乗することができる。
C) 日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 <input type="checkbox"/> C-1. 自分で寝返りができる(つかまっても可)。 <input type="checkbox"/> C-2. 自分では寝返りできない。

※認知症状等(ひとつだけ選んで□に✓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、日常生活にほとんど支障を感じない。
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"/> IIa) 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"/> IIb) 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ときどき見られ介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> IIIa) 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ったり時間がかかったりする。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、火の不始末、不潔行為、性的異常行為などの行為が見られる。 <input type="checkbox"/> IIIb) 夜間を中心として上記IIIa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"/> M) 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)。

5. 日常生活や行動についてお伺いします。該当するものに✓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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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✓印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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✓印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自分の考えを表現し、相手に伝えることができる。 <input type="checkbox"/> 適当な言葉を選んだ、考えをまとめるのに多少の困難さが見られ、対応に時間がかかる。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ほとんど伝えることができない。

歯科関連:該当するものに✓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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る
オ. 入れ歯で困っていることがありますか。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る

該当するものに✓印をつけてください。

カ. 尿を漏らすことがありますか。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る
キ. 便を漏らすことがありますか。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る
サ. 乱暴な言葉を使うことがありますか。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る
セ. 目的もなく動き回ることが(徘徊)ありますか。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る
ソ. 火の始末ができていなくて不安を感じることがありますか。 <input type="checkbox"/> な い <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> あ る

10. 食事についてお伺いします。1つだけ選んで✓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。

11. 介護認定申請者の主訴、家族状況、居住環境(外出が困難になるなど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・機械の有無についてご記入ください。

例)…無職の娘と同居。申請者の年金で生活している。うつ病のためか、意欲低下が長期間継続しており、自宅内の清潔は保てていない。ヘルパー支援は毎週の通院介助のみだったが、4月末より自力排尿できなくなり、カテーテル導入となった。今後、尿処理や介護ベッドの貸与等が必要となっている。等

12. 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。

例)…ヘルパー利用を増やすほか、福祉用具の貸与、状態によってはショートステイ利用を行うことになるのでサービス利用が大きく増える。等

13. 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✓印をつけ、利用頻度(回数、日数など)をご記入ください。

*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	回
<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	回
<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)小規模機能型居宅介護	月	回
<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	回
<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	回
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	回	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	回
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	回			
<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✓印をつけ、利用頻度(回数、日数など)をご記入ください。

*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	回
<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	回
<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)小規模機能型居宅介護	月	回
<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	回
<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	回
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	回	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	回
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	回			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付:見守り介護等 [内容]					
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス[内容]					
*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					

《ご提出の前に!!》

今一度、記入内容に漏れ等がないかご確認をお願い致します。

特に質問11~13については、記入漏れがあったり、情報量が少なすぎると、意見書の作成が難しくなります。できるだけ多くの情報をご記入いただきますよう、ご協力の程よろしくお願い致します。

～アンケートに関するお問い合わせ先～

釜石医師会事務局 TEL:0193-23-7875

FAX:0193-23-5485

ご協力ありがとうございました

(改訂:令和4年11月)