

# 〈 問診票 〉

患者氏名：

「主治医意見書」を作成するため、もれなくのご記入をいただけますようご協力をお願いいたします。  
特に※印につきましてご記入もれないようお願い申し上げます。

## 1. 他科を受診していますか。

はい  いいえ

はいの場合、どの科ですか。

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) 心身が不自由になったのは、いつ頃からですか。そのきっかけ、あるいは病気は何ですか。

昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日頃 病名

昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日頃 病名

### 2) この半年間の病状について変化がありましたか。

変化あり  変化なし

### 3) その後の変化について教えてください。

## 2. ここ2週間以内に以下の医療を受けていますか。

点滴の管理  中心静脈栄養  透析

ストーマ（人工肛門）の管理  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（血圧、心拍、酸素飽和度等）

褥瘡（床ずれ）の処置  カテーテル（膀胱などに）

## 3. 心身の現在の状態についてお尋ねします。

### 1) 日常生活の程度は次のどれに当たりますか。

0 特に問題ない。

J 1 交通機関を利用して外出できる。

J 2 隣近所なら外出する。

A 1 日中はベッドから離れて生活しており、介助があれば外出できる。

A 2 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。

B 1 ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での生活には介助が必要。  
車椅子などに一人で移動できる。

B 2 ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での生活には介助が必要。  
車椅子などに一人で移動できない。

- [        ] C 1 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。
- [        ] C 2 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。

2) 認知症状についてお尋ねします。

- [        ] 0 認知症状はない。
- [        ] I 物忘れなど軽い認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している。
- [        ] II a 道に迷う、買い物や金銭の管理などができなくなる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、  
日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。日中を中心として症状がでている。
- [        ] 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、  
日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。夜間を中心として症状がでている。
- [        ] 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。常時介護を必要とする。
- [        ] 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。

3) 理解および記憶について

- ついさっきのことをすぐ忘れてしまうなど、記憶力に問題はありますか。  
[        ] はい                    [        ] いいえ
- 日常の意思決定を行うための認知能力（自分で判断できるか）  
[        ] 自立  
[        ] 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  
[        ] 判断できない
- 自分の意思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  
[        ] 具体的要求に限られる（飲食、睡眠、トイレ等の意志を伝える程度）  
[        ] 伝えられない

4) 問題行動の有無

次のような症状がありますか。該当するものに○印をつけてください。

- [        ] 幻視、幻聴      [        ] 妄想      [        ] 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
- [        ] 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）
- [        ] 異食行為（食べ物でないものを食べたりする）
- [        ] 性的問題行動      [        ] その他（                    ）
- [        ] 問題行動はない

5) 精神・神経症状 認知症に伴う症状と考えられるものは除いてください。

認知症以外で下記の症状がありますか？

- [ ] 言葉を話したり理解することに障害がありますか。  
[ ] 言葉を喋るのに異常はありますか（ロレツが回らない）  
[ ] おかしなことを口走ったり、行動することがありますか。  
[ ] 傾眠傾向。  
[ ] 時間や場所、人が分からなくなることがありますか。

6) 身体の状態についてお尋ねします。

※利き腕＝ [ ] 右 [ ] 左

※身長＝ cm

※体重＝ kg（過去6ヶ月の体重の変化：  増えた ・  変わらない ・  減った ）

- [ ] 四肢欠損はありますか。（部位： ）  
[ ] 麻痺がありますか。  
右腕（程度：  軽  中  重 ） 左腕（程度：  軽  中  重 ）  
右足（程度：  軽  中  重 ） 左足（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 ）

- [ ] 関節の拘縮はありますか。肘、膝、足首などの関節部位で記入してください。

両下肢などの記入では空白になってしまいます

（部位： 程度：  軽  中  重 ）

- [ ] 関節の痛みはありますか。関節の部位名で記入をお願いします（同上）。

（部位： 程度：  軽  中  重 ）

- [ ] 手、足、身体の失調や不随意運動があるのはどの部位ですか。

[ ] 右腕 [ ] 左腕 / [ ] 右足 [ ] 左足  
[ ] 身体

- [ ] 褥瘡（床ずれ）はありますか。（部位： 程度：  軽  中  重 ）

- [ ] その他皮膚の調子が悪いところがありますか。

（部位： 程度：  軽  中  重 ）

4. 生活機能についてお尋ねします。

1) 移動

屋外歩行

- [ ] 自分でしている [ ] 介助があればしている [ ] していない

車椅子の使用

- [ ] 使用していない [ ] 主に自分で操作している [ ] 主に他人が操作している

歩行補助具、装具の使用（複数選択可）

- [ ] 使用していない [ ] 屋外で使用 [ ] 屋内で使用

2) 食事

自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助

3) 現在の栄養状態

良いように思う  あまり良くないように思う

4) 最近（ここ半年程の間に）次のような状態に陥ったことがありますか。

尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下

褥瘡（床ずれ）  肺炎  閉じこもり

意欲低下  徘徊  低栄養

食べることや、飲み込むことがしにくくなった

脱水  風邪や膀胱炎などの感染症

がん等による疼痛  その他（ ）

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

看護職員の訪問による相談・支援  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

その他の医療系のサービス（ ）

6) 介護上問題がありますか。

・ 血圧の変動  あり  なし 降圧剤内服中は「あり」となります

・ うまく飲み込めない  はい  いいえ

・ 細かく刻むなどしないと食べられない  はい  いいえ

・ 移動するのに介助が必要  はい  いいえ

・ 運動するのに介助が必要  はい  いいえ

・ その他（ ）

5. 介護上特に困ったこと、今後の不安などがあれば記入してください。

（例えば、「トイレに行くことはできるが、途中で失敗したり汚すため、一日5～6回始末する」、

「最近1～2ヶ月で3回も鍋を焦がしてしまい、一日中目を離せない」など、できるだけ具体的に）