

〈 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の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 年 月 日頃 病名

昭和 ・ 平成 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。

患者氏名

- [] 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、記憶力に問題がありますか。
[] 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：アイテムを選択してください。）左腕（程度：アイテムを選択してください。）

右足（程度：アイテムを選択してください。）左足（程度：アイテムを選択してください。）

その他（部位： 程度：アイテムを選択してください。）

[] 筋力の低下はありますか。（部位： 程度：アイテムを選択してください。）

患者氏名

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：アイテムを選択してください。)

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：アイテムを選択してください。)

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：アイテムを選択してください。)

その他皮膚の調子が悪いところがありますか。

(部位： 程度：アイテムを選択してください。)

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

患者氏名

- ・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)