**〈　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。

　　　〔　　　〕Ｊ１ 交通機関を利用して外出できる。

　　　〔　　　〕Ｊ２　隣近所なら外出する。

　　　〔　　　〕Ａ１　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。

　　　〔　　　〕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。

　　　〔　　　〕Ｂ１　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。

 　　〔　　　〕Ｂ２　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。

　　　〔　　　〕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。

　　　〔　　　〕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。

　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。

　　　〔　　　〕Ⅱａ　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。

　　　〔　　　〕Ⅱｂ　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。

　　　〔　　　〕Ⅲａ　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。

　　　〔　　　〕Ⅲｂ　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＝　　　　　㎏（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）