

主治医意見書記載用質問票

この質問票は主治医が「主治医意見書」を作成するための参考資料となります。お手数ですが、ご本人やご家族が分かる範囲で記入し、主治医または町健康課(高齢介護班)窓口にご提出ください。

被 保 険 者	ふりがな 氏 名 (男 ・ 女)		住所 〒 電話番号	
	年 月 日 (歳)		記入者氏名 (続 柄)	
身長/体重	約 cm / 約 kg	体重は半年前に比べ 減少 ・ 維持 ・ 増加)		
利き手	右 ・ 左	現在の介護度	☐ なし ☐ 要支援() ☐ 要介護()	

1. 現在、主治医以外に通院している医療機関はありますか。

- ☐ ない
- ☐ ある (どこの医療機関、何科にかかっていますか: _____)

2. 傷病について

(1) 主に介護が必要になった原因の傷病名及び発生時期をご記入ください。

- ① 傷病名: _____ (発生年月日 年 月 日頃)
- ② 傷病名: _____ (発生年月日 年 月 日頃)
- ③ 傷病名: _____ (発生年月日 年 月 日頃)

(2) これまでの病気やけがの経過を簡単にご記入下さい。

3. 現在の心身の状態について

(1) 現在のお身体の状態について一番近いもの1つに☑をしてください。

- ☐ O 特に問題はない。
- ☐ J 身体は多少不自由であるが、生活には支障はない。
- ☐ A 屋内での生活には問題はないが、外出には付き添いが必要。
- ☐ B 屋内での生活にも何かしらの手助けが必要で、日中もベッド上で過ごすことが多い。
- ☐ C 一日中ベッド上で過ごしており、食事や排泄等介助が必要。

(2) 現在の物忘れ(認知症状)について一番近いもの1つに☑をしてください。

- ☐ O 認知症の症状はない。
- ☐ I 年相応の物忘れ等の症状があるが、日常生活にはほとんど支障はない。
- ☐ II 認知症の症状はあるが、誰かの注意があれば生活上問題にならない。
- ☐ III 日中または夜間において、日常生活に支障があり、誰かの介助を必要とする。
- ☐ IV 日常生活に支障があり、常に目が離せない。
- ☐ 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、専門医の治療が必要。

裏面もご記入ください。

4. 現在受けている治療についてあてはまるもの全てに☑をしてください。

- ☐点滴 ☐中心静脈栄養 ☐透析 ☐人工肛門の処置 ☐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)
☐褥瘡の処置 ☐カテーテル(膀胱や尿道等)

5. 理解や記憶について、あてはまるものに☑をしてください。

- ・数分前の事を思い出せますか？
☐ 思い出せる ☐ 思い出せない
- ・日常生活で物事を自分で決める(判断する)ことはできますか？
☐ できる ☐ だいたいできる ☐ あまりできない ☐ 全くできない
- ・自分のして欲しい事・欲しくない事は、きちんと伝えられますか？
☐ 伝えられる ☐ だいたい伝えられる ☐ あまり伝えられない ☐ 全く伝えられない

6. 次の行動で現在あてはまるもの全てに☑をしてください。

- ☐幻視や幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗
☐徘徊 ☐火の不始末 ☐不潔行為(排泄物をもてあそぶ、周辺を汚す)
☐性的問題行動 ☐異食行為(食べ物ではない物を口に入れる)

7. 次の症状であてはまるもの全てに☑をしてください。

- ☐ 言いたい言葉が出ない、それつが回らない(失語・構音障害)
- ☐ 書けるはずの簡単な字などが書けなくなる(失語・構音障害)
- ☐ 精神的な混乱、錯覚、興奮などが急激に、そのうえ不安定に出現することがある(せん妄)
- ☐ 眠ってばかりいる、すぐに眠ってしまう(傾眠傾向)
- ☐ 時間や場所、人がわからなくなることがある(失見当識)
- ☐ 左右や、ドアの開け方などがわからないことがある(失認)
- ☐ 服を着る順序や、入浴の手順がわからなくなることがある(失行)

※上記症状がある場合は専門医を受診していますか？（ はい ・ いいえ ）

受診している場合、診療科に☒をしてください。

- ☐精神科 ☐神経内科 ☐脳神経外科 ☐その他()

8. 身体障害であてはまるものに☑をしてください。「ある」場合は部位を記入してください。

☐ 手・足・指等に欠損がある。	部位:
☐ 麻痺しているところがある。	部位:
☐ 筋力の低下がある。	部位:
☐ 関節で動きにくいところがある。	部位:
☐ 関節で痛いところがある。	部位:
☐ 震えやけいれんなど、自分の意思ではない身体の動きがある。	部位:
☐ 床ずれ(褥瘡)がある。	部位:
☐ 床ずれ(褥瘡)以外の皮膚の病気がある。	部位:

残り1ページになります。

9. 移動について現状に近い物1つに☑をしてください。(補助具については複数選択可)

・屋外は歩けますか？	☐ 一人で歩ける ☐ 介助があれば歩ける ☐ 歩けない
・車イスを使用していますか？	☐ 使用していない ☐ 自分で操作 ☐ 他人が操作
・歩行補助具(杖や装具等)は使用していますか？	☐ 使用していない ☐ 屋内で使用 ☐ 屋外で使用

↳移動や移乗で困っていることや心配していることがあればご記入ください。
記入例：①脳血管疾患が原因で麻痺が残り、車イスが必要になっている。
②呼吸器疾患が原因で布団からの立ち上がりが出来なくなりベッドが必要になっている。

10. 栄養状態や食生活についてあてはまるものに☑をしてください。

・食事を自分で食べることができますか？	☐ 概ね一人で食べられる ☐ 全面的に介助が必要
・現在の栄養状態は良好ですか？	☐ 良い ☐ 悪い

↳栄養や食生活で気を付けていることがあればご記入ください。
記入例：①高血圧の為、塩分に気を付けている。
②むせ込みが多く、とろみを付けている。

11. 現在ある状況、または今後の発生の可能性の高いもの全てに☑をしてください。

- ☐尿失禁 ☐転倒や骨折 ☐移動能力の低下 ☐床ずれ(褥瘡) ☐閉じこもり
- ☐意欲低下 ☐徘徊 ☐摂食や嚥下機能の低下 ☐風邪などに感染しやすい
- ☐がんによる痛み ☐低栄養 ☐脱水 ☐むくみ、息切れ、動悸、立ちくらみなどの心臓や呼吸器の症状
- ☐その他()

12. 他に日常生活の上で不便と感じていることや、今後の不安があればご記入ください。

記入例：①トイレに行けても失敗するので毎回見守っている。
②散歩に出かけると、道に迷い帰宅できなくなるため、一人で外出させられない。
③最近1～2カ月で3回も鍋を焦がして1日中目が離せない。

以上になります。
ご協力ありがとうございました。

お問い合わせは
中井町役場 健康課 高齢介護班
電話 0465-81-5546