

介護保険「主治医の意見書」作成に関わるアンケート

申請者（本人の）氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

介護保険申請にあたり、以下のアンケートにご回答お願い致します。

ご家族様・担当ケアマネージャー様・施設担当職員様等がご記入下さい。

記入できましたら「やまおか内科クリニック」までFAXもしくはご郵送ください。

FAX 番号：お問い合わせください（TEL：06-6700-5550）

住所：547-0035 大阪市平野区西脇 3-5-1

1. 当院の他に、現在定期的に診てもらっている医療機関、診療科目はありますか？

なし

あり （病院・診療所名： \_\_\_\_\_ 診療科： \_\_\_\_\_ ）

2. 過去2週間で以下の医療行為を受けましたか？

点滴 中心静脈栄養 透析 人工肛門の管理 酸素吸入

人工呼吸器の使用 気管切開の処置 痛みに対する看護

管を使った栄養管理 床ずれの処置 尿道カテーテルの使用

3. 日常生活について、当てはまるものに一つチェックしてください。

—ひとりで外出は可能

交通機関を使用できる  近所なら外出する

—外出には介護が必要

日中はベッドから離れて生活している。  日中はほぼ寝たきりである。

—外出はせず、日常生活にも介助が必要である。座ることはできる。

車いすへ移動できる。食事やトイレはベッドから離れて使用できる。

車いすへの移動も介助が必要である。

—1日中寝たきりである。

寝返りをうつことができる。

自力で寝返りはできない。

4. 物忘れについて、当てはまるものに一つチェックしてください。

- 日常生活は家庭内、社会的に自立できている。
- たびたび道に迷う、買い物やお金の管理が困難である。
- お薬の管理ができない、電話での対応が困難、一人で留守番はできない。
- 着替え・食事・排便・排尿が上手にできない。徘徊や火の不始末などがある。※
- ※の症状が夜間を中心にみられる。夜間の異常行動がある。
- ※の症状や異常行動が1日中見られる。
- 妄想や興奮、自傷行為があり、コミュニケーション自体が困難な状況である。

5. 短期記憶・意思決定・意思伝達能力について

- ・直近の事を忘れることが多いですか？ はい いいえ
- ・日常生活での判断力に問題がありますか？ はい いいえ
- ・周囲の人への医師の伝達に問題がありますか？ はい いいえ
- ・食事を自分で食べることが可能ですか？ はい いいえ

6. 以下のうち当てはまる症状にチェックをしてください。

- 幻視や幻聴がある 妄想が多い(盗まれたなど)
- 昼夜逆転している 暴言 暴力行為
- 介護に抵抗する 徘徊する 火の不始末がある 不潔行為がある
- 食べ物ではないものを口にする 性的な問題行動がある
- その他 ( )

7. 以外に精神的な症状はありますか？(「うつ」「食思不振」「不眠」など)

- いいえ
- はい → 精神科や心療内科にかかっていますか？ はい いいえ

8. お身体の状態について

- ・利き腕はどちらですか？ 右 左
- ・身長( )cm、体重( )kg
- ・半年で体重は 増加した 減少した 変わらない
- ・麻痺や四肢の欠損がありますか？あれば具体的に記入下さい。  
( )
- ・関節の拘縮や痛みはありますか？あれば具体的に記入下さい。  
( )
- ・床ずれはありますか？ はい いいえ

9. 日常生活について

・屋外歩行はされていますか？

一人で歩ける 介助があれば可能 していない

・車いすは使用していますか？

使用していない ご自身で操作できる 主に他人が操作している。

・食事はご自身で摂取できますか？

自立している 介助が必要

—現在以下の症状はありますか？

尿失禁 転倒・骨折 移動能力が低下傾向である 床ずれ

息切れがある 閉じこもりがちである 意欲が低下している

徘徊 体重減少 食事摂取ができなくなっている、誤嚥しやすくなっている

脱水になりやすい 感染（肺炎や尿の感染等）を繰り返している

痛みがある

その他気になる症状（ ）

10. その他介護を行うにあたりお困りのことがあればご記入下さい

--

ご協力ありがとうございました。