

問診票

※この問診票は、介護認定調査及び医師が意見書を記載する際に参考にするものです
 必ず本人もしくは家族が記入の上申請書と一緒に介護保険課に提出してください
 ※入院中、特別養護老人ホーム・老人保健施設入所中のかたは記入の必要はありません
 (在宅のかたや、上記以外の施設に入所中のかたはご記入ください)

端の数字は
 医師参照用
 です

本人氏名

1	意見書を依頼する医師の他に、 現在、継続的に治療を受けている病院(医師) はありますか？ ※意見書を依頼する医師と同じ病院でも、 他科にかかっているかたはご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい 病院名 () <input type="checkbox"/> いいえ 診療科目 () 病名 () 発症年月日 () 月 () 日 (3)
2	今までにかかった大きな病気(骨折・手術等) はありますか？	<input type="checkbox"/> はい 具体的にご記入ください () <input type="checkbox"/> いいえ 1
3	生活の状況(身体面)についてあてはまるものを、 <u>どれか1つにチェック</u> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 身体的には特に不自由なところはなく、日常生活(食事・着替え・トイレなど)は自立している。 <input type="checkbox"/> 身体的に多少不自由なところはあるが、日常生活(食事・着替え・トイレなど)はほぼ自立し、一人で外出できる。 <input type="checkbox"/> 外出には介助が必要だが、家の中ではだいたい身のまわりのこと(食事・着替え・トイレなど)はできる。 <input type="checkbox"/> 家の中での生活になんらかの介助を必要とし、ベッド上の生活が主体だが椅子に座ることができる。 <input type="checkbox"/> 一日中ベッド上での生活(寝たきり)であり、日常生活において常に介助を必要とする。 3(1)	
4	生活の状況(認知面)についてあてはまるものを、 <u>どれか1つにチェック</u> をお願いします。 <input type="checkbox"/> もの忘れなどの認知症状はみられない。 <input type="checkbox"/> なんらかの認知症状はあるものの、日常生活(食事・着替え・トイレなど)はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 道に迷う、買い物でおつりを間違える、薬の飲み忘れなどがみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排泄が上手にできなかつたり、徘徊などの認知症状があるが、一時も目を離せない状態ではない。 <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排泄が上手にできなかつたり、徘徊などの認知症状があり、昼も夜も目を離せない状態。 <input type="checkbox"/> 認知症状が著しく、精神科などの専門科に受診している。 3(1)	

5	つい先ほどのことをすぐ忘れてしまうことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(2)
6	日常生活で、ものごとを自分で判断することができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 慣れていることは判断できるが、新しいことは判断困難 <input type="checkbox"/> 毎日のことでも合図や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 全く判断できない 3(2)
7	自分のしてほしいこと、してほしくないことは、 きちんと伝えられますか？	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたい伝わるが、時間がかかる <input type="checkbox"/> 時々伝えられるが食事、排泄など基本的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 全く伝えられない 3(2)

問8から問23までは、ここ1カ月の状況でお答えください。

8	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)
9	お金など大切なものがとられたとか、なくなったといった言動がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)
10	昼間寝ていて、夜になると寝ないで動き回ったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)
11	今までになかったような暴言や、暴力をふるうことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)
12	食事・排泄・入浴等・日常生活に対する援助を拒むことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)
13	目的もなく動き回る、一人で外にでたがり目が離せない、一人で家に帰れなくなったなどのことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)
14	ガスコンロ・たばこの消し忘れ等、火の不始末がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3(3)

裏面もご記入願います→

15	排泄後、便をさわったり隠したりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(3)		
16	本来食べられないような物を口に入れたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(3)		
17	家族や周囲の人が困るような性的な言動や行為がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(3)		
18	話そうとしても言葉が出ないようなことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(4)		
19	ろれつが回らなかったり、言葉を上手く発音できないことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(4)		
20	夜間など急に興奮して大声をだしたり、意味不明な言動をすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(4)		
21	夜間以外にも、一日中うとうと眠っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(4)		
22	自分のいるところがわからなくなったり、時間の感覚がわからなくなったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(4)		
23	着替える時に、着る順番や裏表などがわからなくなることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3(4)		
24	利き腕はどちらですか？	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	3(5)		
25	身長と体重をわかる範囲でご記入ください	身長	cm	体重	Kg	3(5)
26	切断などで手・足・指が失われている部分がありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
27	顔・手・足などで力が入らない(入りにくい)ところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
28	手・足の関節で、硬くなって動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
29	手・足の関節が、痛みにより動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
30	手・足など、ふるえて思うように動かないところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
31	床ずれ(じょくそう)がありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
32	湿疹や水虫など皮膚に薬を塗っているところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい (部位)	<input type="checkbox"/> いいえ	3(5)		
33	屋外での歩行は誰かの介助が必要ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 歩行できない	4(1)	
34	車いすを使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい (自分で操作・介助が必要)		<input type="checkbox"/> いいえ	4(1)	
35	杖やシルバーカーを使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい (屋外で使用・屋内で使用)		<input type="checkbox"/> いいえ	4(1)	
36	食事は自分で食べられますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(2)		
37	毎日3食しっかりと食べていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(2)		
38	便・尿をもらすことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(3)		
39	入れ歯(取り外せる)を使っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(5)		
40	食後に歯(義歯)を磨いていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(5)		
41	飲み物を飲む時にむせたり、つかえることなくスムーズに飲み込めますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(5)		
42	ぶくぶくうがいができますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(5)		
43	口の中に痛みがあつて困っていることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4(5)		
44	【医師に伝えたいこと】(必須) ・日常生活や介護で困っていること ・利用を希望する介護サービスや福祉用具 ・区分変更申請の理由 など、なるべく詳しくご記入ください。	(必ずご記入ください)				

記入日 年 月 日

記入者

(続柄)