

主治医意見書作成のための情報提供シート

この質問票は主治医の先生が日常生活上の状況を正しく把握し、介護保険の認定に必要な「主治医意見書」を作成する際の参考とさせていただきます。日頃の様子を分かる範囲でご記入ください。なお、質問票は主治医意見書作成以外に使用されることはありません。使用後は、大切な個人情報として医師の守秘義務により守られます。

問い合わせ先 御幸病院 096-378-1166
医療支援課、医療クラーク室

※以下、当てはまる□にチェックを入れてください。

本人氏名：（	）	生年月日（	T	S	年	月	日）		
記入者：（	）	本人との関係：	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族（続柄	）	<input type="checkbox"/> その他（	）		
ケアマネージャー：氏名（事業所名）（	）	連絡先（	）						
家族状況：	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 同居（家族	人）	主な介護者：	<input type="checkbox"/> 妻	<input type="checkbox"/> 夫	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> その他（	）
他科受診の有無：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
有の場合：	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科		
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> その他（	）		

(1) 現在の身体の動きについて伺います。当てはまるものにチェックしてください。

- | | |
|----|--|
| 自立 | <input type="checkbox"/> 身体的に特に不自由はしていない。 |
| J1 | <input type="checkbox"/> 多少の不自由さはあるが、交通機関（バス、電車）を利用して外出できる。 |
| J2 | <input type="checkbox"/> 多少の不自由さはあるが、隣近所なら一人で歩いて（杖・歩行器を使って）買い物等外出できる。 |
| A1 | <input type="checkbox"/> 屋内の生活はほぼ自立しており、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活できる。 |
| A2 | <input type="checkbox"/> 屋内の生活はほぼ自立しているが、ほとんど外出はなく、日中は寝たり起きたりの生活。 |
| B1 | <input type="checkbox"/> 日中もベッド上の生活が主体で、車いす等に一人で移動できる。 |
| B2 | <input type="checkbox"/> 日中もベッド上の生活が主体で、車いす等に一人で移動できず、生活に介助が必要。 |
| C1 | <input type="checkbox"/> 一日中ベッド生活であるが、自分で寝返りができる。 |
| C2 | <input type="checkbox"/> 一日中ベッド生活であり、食事・排泄・着替えで介助を必要とし、寝返りもできない。 |

(2) 物忘れや気になる言動について伺います。当てはまるものにチェックしてください。

- | | |
|-------|---|
| 自立 | <input type="checkbox"/> 日常生活に支障はない。 |
| I | <input type="checkbox"/> 時々物忘れがあるが、基本、在宅での日常生活は一人でこなせる。 |
| II a | <input type="checkbox"/> 家の外に出ると、時々道に迷ったり、買い物でお釣りを間違えたりする。 |
| II b | <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れや電話・来客の対応ができず、一人で留守番ができない。 |
| III a | <input type="checkbox"/> 日中着替えや食事がうまくできず、トイレを汚したり、火の不始末・徘徊等により介護を必要とする。 |
| III b | <input type="checkbox"/> 上記症状のほかに、夜間医おいても徘徊、大声、不潔行為があり、家族が起こされる。 |
| IV | <input type="checkbox"/> 常に目が離せない状態で、常時介護を必要とする。 |
| M | <input type="checkbox"/> 興奮状態等著しい精神症状・意識障害が長く続き、日常生活に必要な意思疎通ができない、また稀にしかできない。 |

(3) 記憶や自身の意思について伺います。いずれか1つチェックしてください。

- | | |
|---------|--|
| 短期記憶 | ●前日のことや、直前に食べたものを思い出せない等、短い間に起きた新しい情報を忘れてしまうようなことはありませんか。
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある |
| 日常の意思決定 | ●お金の管理や薬の服用、日々の予定の管理ができますか。
<input type="checkbox"/> 一人のできる <input type="checkbox"/> 戸惑うができる <input type="checkbox"/> 誰かの手助けが必要 <input type="checkbox"/> まったくできない |
| 自分の意思伝達 | ●自分の思っていることを人に伝えることができますか。相手からの質問に答えることができますか。
●相手からの質問に答えることができますか。
<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限定 <input type="checkbox"/> 伝えられない |

(4) 日々の行動について、本人の行動で、当てはまるものすべてにチェックしてください。

幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 実際には無いものが見える。実際には聞こえない音や声が聞こえる
妄想	<input type="checkbox"/> 大事なものが盗まれた。他人が悪口を言っていると言うことがある。
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 昼間に寝て、夜になるとゴソゴソして動き、騒ぐことがある。
暴言	<input type="checkbox"/> 介護する人などに、今までにないひどい言葉を吐くことがある。
暴行	<input type="checkbox"/> 介護する人などに、暴力をふるう。
介護の抵抗	<input type="checkbox"/> 介護されるのを拒むことがある。
徘徊	<input type="checkbox"/> あてもなく歩き回る、帰って来れなくなることがある。
火の不始末	<input type="checkbox"/> ガスコンロの火の消し忘れや、鍋を焦がしたことがある。
不潔行為	<input type="checkbox"/> 排便の後、便に触る、便で汚す、便で汚した下着を隠すことがある。
異食行動	<input type="checkbox"/> 紙や消しゴムなどをくちに入れ、食べることがある。
性的問題	<input type="checkbox"/> 周囲の人が迷惑するような性的行動がある。

(5) 身体の状態について伺います。

身長 () cm	体重 () kg 6か月前より… <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少	利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	四肢欠損 (部位)
<p>● 次のような状態がありますか。 ※当てはまるものすべてにチェック</p> <p><input type="checkbox"/> 手足の欠損 (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> 手足の麻痺 (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚の病気 (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> 関節が伸びきらない、曲がりきらない (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> ぎこちない動作、勝手に手足が動く (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p> <p><input type="checkbox"/> 床ずれ (部位) <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重</p>			

生活機能サービスに関する意見

(6) 日常生活について伺います。それぞれの項目から1つにチェックしてください。

1) ● 屋外歩行	<input type="checkbox"/> 一人のできる	<input type="checkbox"/> 介護が必要	<input type="checkbox"/> していない
● 車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 自分で操作	<input type="checkbox"/> 他人が操作
● 歩行補助具・装具の使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
2) ● 食事の摂り方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる、または少し手伝ってもらう		<input type="checkbox"/> 前面介助
● 栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 (年齢相応)		<input type="checkbox"/> 不良 (痩せてきている)
3) 現在困っていること、将来困るであろうこと	※当てはまるものすべてにチェック		
<input type="checkbox"/> 尿漏れ・おむつ使用	<input type="checkbox"/> 立ち上がりや歩行が不安定、転びやすい	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ)
<input type="checkbox"/> 少し速足で歩くと激しい動悸、息切れ	<input type="checkbox"/> 自分の家・部屋から出ない (閉じこもり)		
<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> あてもなく歩きまわる、帰って来られない (徘徊)		
<input type="checkbox"/> 栄養状態が悪い	<input type="checkbox"/> 飲食時、噛めない、飲めない、むせる	<input type="checkbox"/> 水分の飲む量が少ない (脱水傾向)	
<input type="checkbox"/> 傷口が膿みやすい	<input type="checkbox"/> がんによる身体の痛み	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ・飲み間違い	<input type="checkbox"/> 対人トラブル
<input type="checkbox"/> その他 ()	→ 対処方針 ()		

(7) その他、当てはまるものに○をしてください。

● 更新申請の方で、現在の介護度は (要支援 1 : 2、要介護 1 : 2 : 3 : 4 : 5)
● <u>最近、介護に影響があった出来事や医療面・介護面でお困りのことがあればご記入ください。</u>
例えば… ① 口腔内の状況から口腔清潔に関して留意事項があれば要点の記載→
② 申請者の状態やそのケアにかかる手間、頻度等具体的内容の記載→
ご協力ありがとうございます。 記入日： 年 月 日