**【主治医意見書】作成のための質問票**

**この質問票は、医療機関受診の際に直接主治医へご提出ください**

**この質問票は、医療機関受診の際に直接主治医へご提出ください**

この質問票は、要介護認定審査を円滑に進めるために必要なものですので、ご協力をお願いいたします。

１．目的

主治医が意見書を作成するための参考にするものです。

日常生活の様子を把握することが主な目的です。

２．提出先

意見書を作成してもらう主治医に直接提出してください。

※市役所に提出する書類ではありません。

※医療機関に入院している場合や、医師が提出不要と判断する

場合は、主治医の指示に従ってください。

３．記入方法

この質問票は、ご本人や家族、身の回りのお世話をしている方など、日常の様子が分かる方が、受診前に記入してください。分からない部分は空欄にして、主治医に相談してください。

４．その他

記載した内容は個人情報として医師の守秘義務により守られます。

稲城市医師会

稲城市福祉部高齢福祉課

問い合わせ先：稲城市役所高齢福祉課介護認定係

℡042-378-2111(内線267・268)

主治医意見書作成のための質問票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  女 | 記入日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 大正  昭和　　　年　　　月　　　日生 |
| 記入者氏名 |  | | 続　柄 | * 家族（　　　　　　　　　　） |
| * ケアマネジャー |
| * その他（　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在のお身体の状況について伺います。  □を一つ選んで☑してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　意見書項目3-(1) | |
| □　問題ない |  |
| □　交通機関等利用して外出できる | J1 |
| □　隣近所へなら外出できる | J2 |
| □　日中はベッドから離れて生活する | A1 |
| □　外出する回数は少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている | A2 |
| □　車椅子に自分で乗れる。食事や排泄は、ベッドから離れて行う | B1 |
| □　車椅子に乗るために手伝いが必要 | B2 |
| □　自力で寝返りをうつ | C1 |
| □　自力で寝返りがうてない | C2 |

|  |  |
| --- | --- |
| 物忘れや気になる言動について伺います。  □を一つ選んで☑してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　意見書項目3-(1) | |
| □　物忘れや気になる言動はない | 自 |
| □　多少の物忘れはあるが、日常生活に支障はない | Ⅰ |
| 多少の問題行動や精神症状はあるが、誰かが注意していれば手伝いは要らない | |
| □　外出先のみ | Ⅱａ |
| □　自宅でも | Ⅱｂ |
| 問題行動があり、話しても分からないため、時々手伝いが必要 | |
| □　日中が中心 | Ⅲａ |
| □　夜間が中心  □　昼夜とも | Ⅲｂ  Ⅳ |
| □　問題行動や精神症状が強く、目が離せない  常に手伝いが必要であるが、他に危害は及ばない | Ⅳ |
| □　家族ではどうにもならないような、著しい精神症状、問題行動や  心身疾患があり、専門医療が必要 | Ｍ |
|  |  |

|  |
| --- |
| 記憶や自身の意思について伺います。  それぞれの項目から□を一つ選んで☑してください。　　　　　　　　　　　　　意見書項目3-(2) |
| 少し前（5分以上前）のことについて 　　　　　　　　　　　　　　　　　短  □思い出せる　　□思い出せない、新しいことが覚えられない |
| 物事の判断や決断ができる　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 認  □できる　　□多少困難　□見守りが必要　　□判断できない |
| 自分の意思を伝えることができる　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 伝  □できる　　□多少困難　□食事や排泄など限られたことはできる  □できない |

|  |
| --- |
| 日常生活で次のような問題となる行動がありますか。  いくつでも☑してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　意見書項目3-(3) |
| □　ない  □　幻視・幻聴（見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえる）  □　妄想　（現実にはないことを現実のように信じる）  □　昼と夜が逆転している  □　すぐ怒ったり、暴力をふるう  □　介護への抵抗がある  □　目的なく動き回る　外に出て帰れなくなる  □　火の消し忘れがある  □　便いじりやオムツ外し  □　食べ物でないものを食べる  □　性的な問題行動がある  □　その他 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体の状態について伺います。  該当するものに☑してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　意見書項目3-(5) | | | | |
| 身長  cm | 体重  kg | 利き腕  　□右　　□左 | 四肢欠損  （部位　　　　　　　　） | |
| 麻痺  □右上肢　□右下肢　□左上肢　□左下肢　その他（部位　　　　）  □ 一人で立てない、手や足などに力が入らない  □ 関節の動きが悪い　動かない（部位　　　　　　　　　　　　　）  □ 関節に痛みがある（部位　　　　　　　　　　　　　）  □ 手足が動かない、無意識に動く  □ 床ずれがある（部位　　　　　　　　　　　　　）  □ 皮膚にひどい痒みがある、荒れがある、膿んでいる  （部位など　　　　　　　） | | | | |
| 日常生活について伺います。  それぞれの項目から□を一つ選んで☑してください。　　　　　　　　　　　　　　　意見書項目４ | | | | |
| 歩いて外出することについて | | | | １ |
| □一人でできる　　□誰かと一緒ならできる　　□できない | | | |  |
| 車いすについて | | | |  |
| □使用していない  □自分で操作して使用している  □主に他の人が操作して使用している | | | |  |
| 歩行器や杖について | | | |  |
| □使用していない　□屋外で使用している　□家の中で使用している | | | |  |
| 食事について | | | | ２ |
| □自分で食べている　□手伝いが必要 | | | |  |
| 該当すると思われるものはありますか（いくつでも） | | | | ３ |
| □尿漏れする　　　　□よく転ぶ　　□歩行に手助けが必要  □少し歩くと息切れがする　　　　　□外に出たくない  □色々な事をやる気がしない　　　　□痩せた  □むせたり、食べこぼしがある　　　□口の中、舌、皮膚がカサカサ  □すぐに熱が出たりでき物が出る　　□身体のどこかに激しい痛みがある  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  |
| 医療関係者等に相談したいことがありますか（いくつでも） | | | | ５ |
| □ない  □ある→　□医師　□看護師　□歯科医師　□薬剤師　□栄養士　□その他  相談内容 | | | |  |

|  |
| --- |
| その他、気になることなどがありましたらご記入ください。　　　　　　　　　　　　意見書項目5 |
|  |

～ご協力ありがとうございました～

「主治医意見書」を作成する医師の皆様へ

この質問票は介護認定申請に伴い、対象者の主観により回答いただいたものです。

主治医意見書を作成するための参考資料としてご活用ください。

なお、この質問票は重要な個人情報ですので、カルテに添付する等、

取扱には十分にご留意ください。