

### 問診表（主治医意見書用）

診察券番号： \_\_\_\_\_

ふりがな  
患者氏名： \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日生まれ

主治医（当院以外の医療機関も含めて）の意見書を作成のため、ご協力お願い致します。

● 他科を受診していますか。  はい  いいえ

何科ですか。

内科（循環器科、糖尿病科、呼吸器科、消化器科などを含む）

精神科  外科  脳神経外科  皮膚科  泌尿器科  婦人科

眼科  耳鼻咽喉科  リハビリ科  歯科  その他

1. 病気や病状についてお尋ねします。

1) 心身が不自由になったのは、いつ頃からですか。そのきっかけ、あるいは病気は何ですか。（分かればご記入下さい。）

昭和・平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃・不明 病名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃・不明 病名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日頃・不明 病名 \_\_\_\_\_

2) この半年間の病状は安定していましたか。

安定していた  不安定であった  わからない

3) 最近、半年間の病状や状況の変化について教えて下さい。

2. ここ2週間以内に以下の医療を受けていますか。

点滴の管理  中心静脈栄養  透析  人工肛門の処置  酸素療法

気管切開処置  疼痛の看護  経管栄養  モニター測定  床ずれ処置

3. 心身の現在の状態についてお尋ねします。

1) 日常の生活の程度は次のどれに当たりますか。

0 特に問題なし  J1 交通機関を利用して外出できる  J2 隣近所であれば外出できる

A1 日中はベッドから離れて生活しており介助があれば外出できる。  A2 あまり外出しないで日中寝たり起きたりの生活をしている。  B1 ベッドに腰掛けたり座ることが出来るが屋内での生活には介助が必要。車椅子などに一人で移動できる。

B2 ベッドに腰掛けたり座ることが出来るが屋内での生活には介助が必要。車椅子などに一人で移動できない。  C1 一日中ベッドで過ごし排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつ。  C2 一日中ベッドで過ごし排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてない。

2) 認知症についてお尋ねします。

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 認知症はない                                  | <input type="checkbox"/> I 物忘れなどの軽い認知症状はあるが、日常生活にはほぼ自立している。  | <input type="checkbox"/> IIa 道に迷う、買い物や金銭の管理などが出来なくなるなどの症状があるが誰かが注意していれば自立できる                       |
| <input type="checkbox"/> IIb 服薬管理が出来ない電話や訪問者の対応が出来ないなど一人で留守番が出来ない。 | <input type="checkbox"/> IIIa 着替え、食事、排便、排尿などが上手に出来ない。徘徊などの症状により、日常生活に困難をきたし介護を必要とする。日中を中心として症状がでる。 | <input type="checkbox"/> IIIb 着替え、食事、排便、排尿などが上手に出来ない。徘徊などの症状により、日常生活に困難をきたし介護を必要とする。夜間を中心として症状がでる。 |
| <input type="checkbox"/> IV 前期の多彩な症状により常に目を離すことが出来ない。              | <input type="checkbox"/> 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常時介護を必要とする。                                   |  |

3) 理解及び記憶について

- A. ひどい物忘れがありますか。  はい  いいえ
- B. 日常の意思決定を行うための能力（自分で判断できるか）について  
 自立  いくらか困難  見守りが必要  判断できない  
(新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある)
- C. 自分の意思や考えが他人に伝えられますか。  
 伝えられる  いくらか困難  具体的要求に限られる。  伝えられない  
(飲食、睡眠、トイレなどの意思を伝える程度)
- 4) 認知症のある場合。次のような行動がありますか。  
 幻視、幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗 (注1)  
 徘徊  火の不始末  不潔行為 (注2)  異食行動  性的問題行動  その他

注1：介護者の助言や介護に抵抗し介護に支障のある状態。単に助言に従わない場合は含まない。

注2：排泄物をもてあそんだり、まき散らす場合などをいう。注3：食べてはいけないものを食べたりする。

5) 精神、神経症状について 該当するものがありますか。(該当する全てにチェックして下さい。)

- |  |                                    |   |                               |   |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 言葉を話したり。理解することに障害がある。 | <input type="checkbox"/> ろれつが回らない。 | <input type="checkbox"/> おかしなことを口走ったり、行動する。 | <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 | <input type="checkbox"/> 時間や場所、人が分からなくなる。 |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------|---|

6) 身体の状態についてお尋ねします。

右利き  左利き 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

過去6ヶ月の体重の変化について  増加  変わらない  減少  不明

- |   |                                  |                                    |                                    |                                    |
|---|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損がある              | <input type="checkbox"/> 麻痺がある。  | <input type="checkbox"/> 筋力の低下がある。 | <input type="checkbox"/> 関節の動きが悪い。 | <input type="checkbox"/> 関節の痛みがある。 |
| <input type="checkbox"/> 酔っ払っているような不安定な動きがある。 | <input type="checkbox"/> 手足が震える。 | <input type="checkbox"/> 床ずれがある。   | <input type="checkbox"/> 皮膚病がある。   |                                    |

4. その他

1) 移動に関して

- 屋外での歩行に関して  自立  介助があればしている  していない
- 車椅子の利用  用いていない  主に自分で操作  主に他人が操作
- 歩行補助具・装具の使用  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

2) 食事に関して

- 食事行為  自立して何とか食べられる  全面介助
- 現在の栄養状態  良好  不良

3) ここ半年ほどの間に、次のような状態に陥ったことがありますか。

(該当する全てにチェックして下さい。)

- 尿失禁  転倒、骨折  移動能力の低下  床ずれ  息切れ、むくみなど  腸閉塞
- 意欲低下  徘徊  のみ込みが悪い  脱水  感染症になりやすい。  がん等による疼痛
- その他

4) 現在、次のような医学的管理を受けていますか。(該当する全てにチェックして下さい。)

- 訪問診療  訪問看護  訪問リハビリ  通所リハビリ  老人保健施設や病院などへの短期入院
- 訪問歯科診療  訪問歯科衛生指導  訪問薬剤管理指導  訪問栄養食事指導  その他

5) 次にあげる介護上の問題点に該当しますか。

- 血圧の変動  うまく飲み込めない。  細かく刻むなどしないと食べられない。  介護に介助が必要。  自分で動けない。

5. 介護上特に困ったこと、今後の不安などがあれば書いて下さい。

(例えば、『トイレに行くことは出来るが、途中で失敗したり汚すため1日5回から6回始末する。』『最近1～2ヶ月で3回も鍋をこがして1日中目がはなせない』など、具体的に。)

以下は医師が記入しますので、介護者の方は記入しないで下さい。

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: )
<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> その他(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

## 主治医意見書問診票の使い方について

川崎幸クリニック 院長 杉山 孝博

1. お渡しした問診票を原本として保存した上で、コピーしてお使い下さい
2. 診察前に、患者・家族に記入してもらいます
3. 傷病に関する発症日や経過などは、カルテを見るよりも患者・家族の方がよく知っている場合が多いので、主治医意見書を作成するときに参考になると思います
4. 日常生活自立度などは複数にチェックされていることがあります。診察時に、再度確認して下さい
5. 「身体の状態」については、医師記入欄を作っておりますので、ここに記載して下さい
6. 「介護上特に困ったこと」の記載を参考にして、主治医意見書の「特記すべき事項」に意見を書くと、要介護認定に反映されやすいと思います
7. この文章は、インターネットで閲覧・ダウンロードできます。

方法：「川崎幸クリニック」を検索。「クリニック概要」をクリック⇒「院長ご挨拶」をクリック。

様々なタイトルの文章が添付されています。