家族の方へのアンケート（介護保険主治医意見書用問診票）

川根本町介護認定審査会

介護保険主治医意見書作成のため参考にする問診票です。

本人又はご家族が記入のうえ、介護認定申請書とあわせて高齢者福祉課に提出してください。

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

認定を受ける人の氏名：　　　　　　　　　　　　明・大・昭　　　　年　　　月　　　日生

問診票記入者氏名：　　　　　　　 続柄：　　　　　(同居・別居) 連絡先電話番号：(　　　)　　　－

１．現在かかっている病気はありますか。　（ ある・ない ）　※「ある」の場合、診療科は何ですか。

内科　 精神科　 外科　 整形外科　 脳神経外科　 皮膚科　 泌尿器科　 婦人科

眼科　 耳鼻咽喉科　 リハビリテーション科　 歯科　 その他（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病気・症状 | 病院・診療所名 | いつから |
|  |  |  |

２．今までに大きな病気をしましたか。病名は何ですか。いつ頃ですか。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．現在介護保険の認定を受けていますか。　（ はい ・ いいえ ）

介護度は何ですか。　　　　　　　　　　（ 支援 １ ・ ２　・　介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・５ ）

４．介護保険を申請するのはなぜですか。（手足が不自由・認知症　等）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．６カ月前と比べて状態はどうですか。　　（ 良くなった ・ 変わらない ・ 悪くなった ）

６．介護保険で利用しているサービス、利用したいサービスに○をつけてください。（複数可）

通所介護（デイサービス）・訪問介護（ホームヘルプ）・訪問入浴・短期入所（ショートステイ）・住宅改修

福祉用具貸与・福祉用具購入・施設入所（特養・老健）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７．日常生活について伺います。当てはまる番号を１つ選んで〇をつけてください。

１．体に不自由な所はなく、一人で外出できる。

２．体に多少不自由はあっても、一人でバスやタクシーで外出できる。（Ｊ１）

３．体に多少不自由はあっても、隣近所なら歩いて外出できる。（Ｊ２）

４．誰かに助けてもらえば外出できる。家の中では身の回りのことは自分でできる。（Ａ１）

５．誰かに助けてもらってもほとんど外出しない。家の中でも横になっていることが多い。（Ａ２）

６．自分で車椅子に移ることができる。食事、トイレは自分でできる。（Ｂ１）

７．誰かに助けてもらえば車椅子に移ることができ、一人で座っていることができる。（Ｂ２）

８．寝返りはうてるが、一日中ベッド上の生活で食事、排泄、着替えなどに助けが必要である。（Ｃ１）

９．寝返りもうてず、一日中ベッド上の生活で食事、排泄、着替えなどに助けが必要である。（Ｃ２）

８．認知症について伺います。当てはまる番号を１つ選んで○をつけてください。

１．認知症はない。

２．軽い認知症はあっても、家庭内・社会での日常生活に支障はない。（Ⅰ）

３．外出すると道に迷ったり、買物のミスがあっても、誰かが注意すれば大丈夫である。（Ⅱａ）

４．電話や留守番ができなかったり、薬を飲み間違えても、誰かが注意すれば大丈夫である。（Ⅱｂ）

５．日中、認知症のためトイレで不始末をしたり、着替え・食事・排泄に介護が必要。（Ⅲａ）

６．夜間、トイレで不始末をしたり、騒いだり、外に出るなどで家族が起こされる。（Ⅲｂ）

７．昼も夜も目が離せず、家族が外出したり、落ち着いて眠ることができない。（Ⅳ）

８．被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。（Ｍ）

９．理解・記憶について伺います。

・１０分前のことを覚えていることができますか。　　　　　　　　（できる・うまくできない・できない）

・日常生活は自分の意志、判断で決めることができますか。　　　　（できる・うまくできない・できない）

・自分の言いたいことを相手に伝えることができますか。　　　　　（できる・うまくできない・できない）

裏面あり

10．問題行動についてお尋ねします。

・実際にはいない人、虫や動物が見えると言うことがありますか。　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言うことがありますか。　　　　　（ある・ときどき・ない）

・実際にはない事、お金や大事なものを盗られたと言うことがありますか。　　　（ある・ときどき・ない）

・昼間寝て、夜起き出して困らせることがありますか。　　　　　　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・介護する人に暴言を吐いたり、暴力をふるうことがありますか。　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・介護する人に抵抗して、世話をさせないことがありますか。　　　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・目的もなく動き回る、外に出る（徘徊）、自宅に戻れなくなることがありますか。（ある・ときどき・ない）

・ガスの止め忘れ、タバコの火の不始末はありますか。　　　　　　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・便をこねる、尿をまき散らすといった不潔行為はありますか。　　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・本来食べない紙や石、ドックフードなど食べることがありますか。　　　　　　（ある・ときどき・ない）

・異性のお尻を触る、自慰行為など性的問題行動はありますか。　　　　　　　　（ある・ときどき・ない）

11．体の状態について伺います。

身長 約　　　　ｃｍ，体重 約　　　　ｋｇ，利き手 右 ・ 左，最近半年間の体重変化（増加・維持・減少）

・スムーズにしゃべることができますか。　　　　　　　　　　　（できる・うまくできない・できない）

・自宅内を一人で歩くことができますか。　　　　　　　　　　　（できる・うまくできない・できない）

・手、足、指などに欠損はありますか。　　　　　　　　　　　　（ある・ない）

・麻痺や力が入らず不自由なところがありますか。　　　　　　　（ある・ない）

・関節が動きにくく不自由なところ（日常生活に支障をきたす程度の障害がある状態）がありますか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ある（肩・肘・股・膝・その他（　　　　　））・ない）

・ベッドから椅子に自分で移ることができますか。　　　　　　　（できる・うまくできない・できない）

・部屋の片づけや掃除はできますか。　　　　　　　　　　　　　（できる・うまくできない・できない）

・薬や金銭の管理はできますか。　　　　　　　　　　　　　　　（できる・うまくできない・できない）

・床ずれはありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ある・ない）

・皮膚病はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ある・ない）

・自分の意志でなく体が震えることがありますか。　　　　　　　（ある・ない）

・尿意・便意がわからなく尿や便を漏らすことがありますか。　　（ある・ときどきある・ない）

12．日常生活の様子について伺います。

・自分だけで屋外を歩いていますか。　　　　　　　　　　（歩いている・介護があれば歩く・歩いていない）

・車椅子を使っていますか。　　　　　　　（使っていない・主に自分で操作し使用・主に他人が操作し使用）

・杖や下肢装具を使っていますか。　　　　　　　　　　　　　（使っていない・屋外で使用・屋内で使用）

・ころぶことがよくありますか。　　　　　　　　　　　　　　　（ある・ない）

13．栄養・食生活などについて伺います。

・食事は自分一人で食べられますか。　　　　　　　　　　　　　（できる・何とかできる・全面介助）

・現在の栄養状態（日頃の食事量・食欲・顔色や全身の状態から総合的に判断してください。）（良い・悪い）

・食べ物や飲み物をスムーズに飲み込むことができますか。　　　（できる・うまくできない・できない）

・食べ物や飲み物でむせることがありますか。　　　　　　　　　（ある・たまにある・ない）

・高血圧はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ある・ない）

14．現在ある状況すべてにチェックを記入してください。

尿を漏らす　 便を漏らす　 意欲がない　 家に閉じこもる　 飲み込みにくい

痛みがある　 徘徊がある

15．その他希望することや困っていることはありますか。特に認知症で問題行動がある場合は、困っている内容を具体的に記入して下さい。