

# 「主治医意見書」のための調査用紙

介護保険を申請された方（ご家族）へのお願い

秋 田 市 医 師 会

医療機関名	
主治医	

この調査用紙は、主治医が市町村に提出する『主治医意見書』を作成するための参考とするものです。  
次の質問にご回答くださいますようよろしくご協力をお願いいたします。  
なお、この調査用紙はご記入後主治医にご提出ください。

記入者氏名	
申請者との続柄	
記入日	年 月 日

## 申 請 者

住 所	〒 ー
電話番号	( )
氏 名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)

1. 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか。

ない

ある（何で、どこに、いつ頃から： \_\_\_\_\_）

2. 心身の状態について

障害高齢者の日常生活自立度等（寝たきり度）

（該当するものを1つだけ選んで□の中に✓印をつけてください）

自立

J) 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 <input type="checkbox"/> 1. 交通機関などを利用して外出する。 <input type="checkbox"/> 2. 隣近所へなら外出する。
A) 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 <input type="checkbox"/> 1. 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する。 <input type="checkbox"/> 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
B) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 <input type="checkbox"/> 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 <input type="checkbox"/> 2. 介助により車いすに移乗する。
C) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 <input type="checkbox"/> 1. 自力で寝返りをうつ。 <input type="checkbox"/> 2. 自力で寝返りもうてない。

認知症高齢者の日常生活自立度（該当するものを1つだけ選んで□の中に✓印をつけてください）

認知症なし

<input type="checkbox"/> I) 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> II a) 家庭外で上記IIの状態が見られ、たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理など、それまでできていたことにミスが目立つなど。
<input type="checkbox"/> II b) 家庭内でも上記IIの状態が見られ、服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができないなど。
III) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> III a) 日中を中心として上記IIIの状態が見られ、着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる。火の不始末、不潔行為、性的異常行動など。
<input type="checkbox"/> III b) 夜間を中心として上記IIIの状態が見られ、ランクIII a)に同じ。
<input type="checkbox"/> IV) 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。またランクIIIに同じ。
<input type="checkbox"/> M) 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。

3. 日常の生活行動について、お伺いたします。該当するところに✓印をつけてください。

ア. 本来一時的には記憶に残るような、たとえば食事や薬の内服など直前の事について覚えていないことがありますか。(短期記憶)

ない  ある

イ. 日常の意志決定を行うための認知能力(該当する欄に✓印をつけてください)

日常生活において、首尾一貫した判断ができる。毎日すべき事に対して予定をたてたり、状況を判断でき、自立している。

日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。

判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。

ほとんど、又は全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

ウ. 自分の意志の伝達能力(該当する欄に✓印をつけてください)

自分の考えを容易に表現し、相手に理解させ、伝えられる。

適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、対応に時間がかかる。自分の意志を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。

時々自分の意志を伝えることができるが、基本的な要求(飲食、トイレ等)に限られる。

伝えられない、または、限られたもののみ理解ができるサイン(本人固有の音声あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えることができない。

4. 問題行動などについて、お伺いたします。(特に程度のひどい場合には◎をつけてください)

エ. 実際ないものが見えたり聞こえたりすることがありますか。(幻視・幻聴)

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

オ. 物をとられたなどと被害的になることがありますか。(妄想)

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

カ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がありますか。

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

キ. 暴言がありますか。

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

ク. 暴行がありますか。

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

ケ. 助言や介護に抵抗することがありますか。(介護への抵抗)

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

コ. 目的もなく動き回ることがありますか。(徘徊)

ない  ときどきある  ある (具体的に: \_\_\_\_\_)

サ. 火の始末や火元の管理ができないことがありますか。(火の不始末)

ない  ときどきある  ある  危ないのでやらせていない

シ. 不潔な行為をすることがありますか。(不潔行為)

ない       ときどきある       ある

ス. 食べられないものを口に入れることがありますか。(異食行動)

ない       ときどきある       ある

セ. 周囲が迷惑するような性的行動がありますか。(性的問題行動)

ない       ときどきある       ある

ソ. 尿を漏らすことがありますか。

ない       ときどきある       ある

タ. 便を漏らすことがありますか。

ない       ときどきある       ある

5. 精神・神経症状について、お伺いたします。

チ. 意味のない単語を羅列したり、いわゆる『口がもつれる』ことなどがありますか。

ない       ときどきある       ある      (失語・構音障害)

ツ. 書けるはずの簡単な字などを書けなくなることがありますか。(失書)

ない       ときどきある       ある

テ. ぼんやりした状態でないものが見えたり、精神的な混乱、興奮が出ることがありますか。

ない       ときどきある       ある      (せん妄)

ト. 『眠ってばかりいる』というようなことがありますか。(傾眠傾向)

ない       ときどきある       ある

ナ. 『日付や曜日がわからない』または『人が誰なのかわからない』というようなことがありますか。

ない       ときどきある       ある      (失見当識)

ニ. 左右がわからなかったり、ドアの開け方がわからないというようなことはありますか。(失認)

ない       ときどきある       ある

ヌ. 服を着る順序や入浴の手順がわからなくなることがありますか。(失行)

ない       ときどきある       ある

6. 身体の状態

ネ. 視力・聴力障害があり生活上手助けや介護が必要になりますか。

ない       ときどきある       ある

ノ. 利き腕並びに身長・体重をご記入ください。

利き腕       右       左

身長      cm

体重      kg

7. 生活機能

移 動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<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"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
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
補助具・装具をしている場合は、種類をご記入ください ( )			

栄養・食生活

食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 好	<input type="checkbox"/> 不 良

8. その他

《歯科関連》

虫歯や歯ぐきが痛むなど困っていることがありますか。(う蝕・歯周病)

な い       ときどきある       あ る

入れ歯で困っていることがありますか。

な い       ときどきある       あ る

現在利用しているサービスや、今後認定された場合に希望するサービスに当てはまる項目すべてに✓印をつけてください。

1. 今現在、利用しているサービス全てに✓印をつけてください。

- |   |          |   |                                       |         |   |
|---|----------|---|---------------------------------------|---------|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療                   | : 週 (月)  | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療       | : 週 (月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護                   | : 週 (月)  | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導     | : 週 (月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護                   | : 週 (月)  | 回 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導     | : 週 (月) | 回 |
| (ホームヘルプサービス)                                    |          |   | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導     | : 週 (月) | 回 |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴                   | : 週 (月)  | 回 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 |         |   |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション            | : 週 (月)  | 回 | (グループホーム)                             |         |   |
| <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)           | : 週 (月)  | 回 | <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護  |         |   |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション            | : 週 (月)  | 回 | (有料老人ホーム・ケアハウス                        |         |   |
| (デイケア)  |          |   | ・サービス付き高齢者向け住宅)                       |         |   |
| <input type="checkbox"/> 短期入所(生活・療養)介護(ショートステイ) |          |   | <input type="checkbox"/> 高齢者福祉サービス    |         |   |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修                   | 具体的に ( ) |   |                                       |         |   |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具〈貸与・購入〉            | 具体的に ( ) |   |                                       |         |   |

2. 認定された場合、受けたいサービスに✓印をつけてください。

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療                   | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療   |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護                   | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導   |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス）       | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導   |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション            | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導   |
| <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）           | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護<br>（グループホーム）                        |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）      | <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護<br>（有料老人ホーム・ケアハウス<br>・サービス付き高齢者向け住宅） |
| <input type="checkbox"/> 短期入所（生活・療養）介護（ショートステイ） | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設   |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護                 |   |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）    |   |
| <input type="checkbox"/> 介護医療院                  |   |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修                   |   |
| 具体的に（   | ）   |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具〈貸与・購入〉            |   |
| 具体的に（   | ）   |

3. 移動（屋内、屋外）、食事、風呂、トイレ、着替え等にどれぐらい手がかかるか箇条書きでよいのでお書きください。排便、問題行動等困っていることも記載してください。  
介護サービス等に関するご希望等がありましたらお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ご協力ありがとうございました。