

【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、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
Tel042-378-2111(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	<input type="checkbox"/> 家族 ()
				<input type="checkbox"/> ケアマネジャー
				<input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> 問題ない | |
| <input type="checkbox"/> 交通機関等利用して外出できる | J1 |
| <input type="checkbox"/> 隣近所へなら外出できる | J2 |
| <input type="checkbox"/> 日中はベッドから離れて生活する | A1 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 車椅子に乗るために手伝いが必要 | B2 |
| <input type="checkbox"/> 自力で寝返りをうつ | C1 |
| <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 物忘れや気になる言動はない | 自 |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 外出先のみ | II a |
| <input type="checkbox"/> 自宅でも | II b |
| 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 | |
| <input type="checkbox"/> 日中が中心 | III a |
| <input type="checkbox"/> 夜間が中心 | III b |
| <input type="checkbox"/> 昼夜とも | IV |
| <input type="checkbox"/> 問題行動や精神症状が強く、目が離せない | IV |
| 常に手伝いが必要であるが、他に危害は及ばない | |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	四肢欠損 (部位)
麻痺			
<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 その他 (部位)			
<input type="checkbox"/> 一人で立てない、手や足などに力が入らない			
<input type="checkbox"/> 関節の動きが悪い 動かない (部位)			
<input type="checkbox"/> 関節に痛みがある (部位)			
<input type="checkbox"/> 手足が動かない、無意識に動く			
<input type="checkbox"/> 床ずれがある (部位)			
<input type="checkbox"/> 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)			

