

＜主治医意見書のための情報提供シート＞

介護認定申請の手続には主治医意見書が必要です。

このシートは介護保険の主治医意見書を記載する際の参考にいたしますので、日頃の様子をわかる範囲で教えてください。御記入者は、できるだけ早く主治医のお手元にお届け下さい。

質問の意味や、答え方がわかりにくい場合は、無理に○をせず、医師に直接尋ねてください。

なお、主治医意見書にはこのまま転記はいたしません。主治医が所見等総合的に判断し、作成することを申し添えます。

お名前(本人) _____

記入日 _____年 _____月 _____日

1 今回、お答えくださった方はどなたですか。どれかにチェックしてください。

本人 家族:間柄 _____ その他:間柄 _____ 氏名 _____

ケアマネジャー:氏名(事業所名) _____ (_____ 連絡先 _____)

2 主治医意見書作成の主治医以外に現在通院している病院や診療所(歯科を含む)はありますか。どちらかにチェックしてください。

ない ある→ 何で、どこに

3 「もの忘れ」はありますか。どちらかにチェックしてください。

ない、あるいは、多少のもの忘れはあるが、家庭内でも家庭外でも、一人でできている。
→4へ進んでください。

ある (下の質問にお答えください)

「もの忘れ」による生活の状況で一番近いと思われるものを一つだけチェックしてください。

家庭外で多少危なっかしいが、だれかが見ていればだいたい一人でできる。

(買い物や事務、金銭管理などにミスが目立つ)

家庭内で危なっかしいことがあるが、家族が見ていればだいたい一人でできる。

(薬の管理、電話やお客の対応にミスが目立つ。一人で留守番ができない)

生活に不自由するような行動や意思疎通の困難があり、日中を中心に介護が必要。

(着がえ、食事、排泄などを上手にできない。目的もなく動き回ったり、お漏らし等がある。一人暮らしは困難)

日常生活に不自由するような行動や意思疎通の困難があり、夜間も介護が必要。

(着がえ、食事、排泄などを上手にできない。目的もなく動き回ったり、お漏らし等がある。一人暮らしは困難)

生活に不自由するような行動や意思疎通の困難があり、常に目が離せない。

妄想や興奮、問題行動や重い病気があり、意思疎通ができない。

4 最近1か月の様子について、当てはまるものに○又はチェックしてください。

	質問項目	チェック欄	
1	昨日、今日、直前のことを忘れていることがありますか。 <短期記憶>	ない	ある
2	以前は自分で決めていたことなのに決定できないことがありますか。 <日常の意思決定を行うための認知能力>	ない	ある
3	要求や気持を上手に伝えられないことがありますか。 <意思の伝達能力>	ない	ある

裏面へ

4	実際に見えないものが見えたり、聞こえたり、事実と違うことを言うことがありますか。 ＜幻覚・幻聴＞	ない	ある
5	「ものを盗まれた」など事実と違うことを言うことがありますか。 <妄想＞	ない	ある
6	昼間熟睡して夜になると動き回る、または騒ぐことがありますか。 ＜昼夜逆転＞	ない	ある
7	今までになかったような暴言をはくようなことがありますか。	ない	ある
8	周囲の人に対し暴力行為をすることがありますか。	ない	ある
9	介護や援助に抵抗することがありますか。	ない	ある
10	目的もなく動き回ったり、迷子になったことがありますか。 <徘徊＞	ない	ある
11	たばこや火の不始末への心配がありますか。 <火の不始末＞	ない	ある
12	「便を触る」「おもらしたパンツをタンスにしまう」などがありますか。 ＜不潔行為＞	ない	ある
13	本来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	ある
14	「異性の身体を触る」「ひわいなことを言う」など性的に異常な問題行動がありますか。 ＜性的問題行動＞	ない	ある
15	寝返り、起き上がりに時間がかかるようになりましたか。	ない	ある
16	起き上がりの時にふらついたり、転倒することはありますか。	ない	ある
17	室内での移動の時にふらついたり、転びそうになることがありますか。	ない	ある
18	風呂から出られなくなることがありますか。	ない	ある
19	パンツの上げ下ろしでふらつくことはありますか。	ない	ある
20	食事に介助が必要ですか。	ない	ある
21	食事中にむせることがありますか。	ない	ある
22	尿をもらすことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある 「ある」場合：回数ほどの程度ですか → <input type="checkbox"/> ほとんど毎回 <input type="checkbox"/> 1週間に__回程度		
23	便をもらすことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある 「ある」場合：回数ほどの程度ですか → <input type="checkbox"/> ほとんど毎回 <input type="checkbox"/> 1週間に__回程度		
24	夜のトイレはどのようにしていますか <input type="checkbox"/> 昼と同じ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> おむつ		
25	この半年で体重が減りましたか。 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減った(____kg)		

5 その他

① 最近(概ね6か月以内)に、介護に影響があった出来事があればご記入ください。
(例：転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になった、外出が減った、社会参加の機会が減った、家庭内での役割ができなく(しなく)なった・・・など)

② その他、医療面や介護面でお困りのことがあれば御記入ください。

ありがとうございました。