

要介護認定を申請された方へ ～質問票の提出にご協力ください～

■ご本人様、ご家族様へ

この質問票は、主治医の先生が日常生活上の状況を正しく把握し、介護の認定に必要な「主治医意見書」を作成する際に参考とするものです。1～4ページまでありますので、答えられる範囲でご記入いただき、介護保険「要介護認定・要支援認定申請書」の主治医欄に記載した主治医に提出してください。提出後の質問票は主治医意見書作成以外に使用されることはありません。

■主治医の皆様へ

この質問票は、主治医意見書作成の際に参考としていただくためのものです。患者様の日常生活上の状況の把握にご活用ください。なお、質問票は重要な個人情報ですので、取扱いには十分ご配慮ください。

質 問 票

記入日： 年 月 日

| | | | | | |
|-------|--|------------|---|---|----|
| ふりがな | | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 |
| 本人氏名 | | (歳) | | | |
| 記入者氏名 | | 本人と の関係 | | | |

※記入者氏名欄は、本人が記載する場合は不要です。

| | |
|---|--|
| 1 | <p>質問：現在通院している病院や他の診療科はありますか。はい、いいえのどちらかにチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>※「はい」の場合は下記に記載、チェックを入れてください。</p> <p>病 院 名 ()</p> <p>診 療 科 <input type="checkbox"/>内科 <input type="checkbox"/>精神科 <input type="checkbox"/>外科 <input type="checkbox"/>整形外科 <input type="checkbox"/>脳神経外科</p> <p><input type="checkbox"/>皮膚科 <input type="checkbox"/>泌尿器科 <input type="checkbox"/>婦人科 <input type="checkbox"/>リハビリテーション科</p> <p><input type="checkbox"/>眼科 <input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/>歯科 その他 ()</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| 2 | <p>質問：いつ、どんな病気をしてから生活が不自由になったと感じていますか。</p> <p>・病 名 ()</p> <p>いつ頃から (令和・平成・昭和) 年 月頃から</p> <p>・病 名 ()</p> <p>いつ頃から (令和・平成・昭和) 年 月頃から</p> |
|---|--|

| | | |
|---|--|--|
| 6 | 最近1カ月の間の様子についてそれぞれの質問ごとに一番近いものをひとつだけチェックを入れてください。 | |
| ① | 質問：昨日、今日のことや少し前のことを忘れることはありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない | |
| ② | 質問：毎日するべきことに対して、予定をたてたり状況を判断できますか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 慣れていることはできるが新しいことは難しい <input type="checkbox"/> 毎日のことでも見守りが必要 <input type="checkbox"/> 全くできない | |
| ③ | 質問：自分のして欲しいことや、して欲しくないことを伝えることができますか。 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたい伝えられるが時間がかかる <input type="checkbox"/> 時々伝えられるが、食事や排せつなど基本的なことに限られる <input type="checkbox"/> 全く伝えられない | |

| | | |
|---|---|--|
| 7 | 質問：最近1カ月の間に、次の症状や行動はありますか。それぞれの項目ごとに一番近いものをひとつだけチェックを入れてください。 | |
| ① | 見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえてしまう | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ② | 現実にはないことを現実のこのように信じてしまう (例：物を盗られた等の被害妄想) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ③ | 夜眠れずに日中の活動ができない | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ④ | 暴力的な発言、暴力をふるってしまう | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑤ | 介護者の助言や介護に抵抗してしまう | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑥ | 目的なく歩き回ったり外出して戻れない | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑦ | 火の始末や管理ができない | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑧ | 便をいじるなどの不衛生な行為をしてしまう | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑨ | 食べられないものを口に入れてしまう | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑩ | 周囲が迷惑するような性的な行動がある | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| 8 | 現在の身長・体重を分かる範囲でご記入 ください。 | 身長 (cm) 体重 (kg) |
| | 利き腕はどちらですか。 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |

| | | |
|---|---|---|
| 9 | 質問：お身体の状態や生活について、チェックを入れてください。 | |
| ① | 切断などで手・足・指が失われている部分 がありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ② | 手・足などで力が入らない、入りにくい ところがありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ③ | 手・足の関節で硬くなって動きにくいと ころがありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ④ | 手・足の関節が痛くて動きにくいところ がありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑤ | 手・足などが震えて思うように動かない ところがありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑥ | 床ずれ（じよくそう）がありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑦ | 湿疹や水虫など皮膚に薬を塗っていると ころがありますか | <input type="checkbox"/> ある（部位　　） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑧ | 屋外での歩行は誰かの介助が必要ですか | <input type="checkbox"/> はい（自分で操作・介助） <input type="checkbox"/> 歩行できない |
| ⑨ | 車いすを使っていますか ※「はい」の場合はカッコ内のいずれかに○をしてください | <input type="checkbox"/> はい（自分で操作・介助） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑩ | 杖やシルバーカーを使っていますか ※「はい」の場合はカッコ内のいずれかに○をしてください | <input type="checkbox"/> はい（屋外で使用・屋内で使用） <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑪ | 食事は自分で食べられますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |
| ⑫ | 毎日3食しっかりと食べていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |

※その他、困っていることや医師に伝えたいことがありましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ありがとうございました。

※ご不明な点は、下記までお問合せください。

千代田区高齢介護課介護認定係（電話：03-5211-4225）