# 〈 問診表 〉

患者氏名

「主治医意見書」を作成するため、もれなくのご記入をいただけますようご協力をお願いいたします。特に※印につきましてご記入もれのないようお願い申し上げます。

１．他科を受診していますか。

〔 〕はい 〔 〕いいえはいの場合、どの科ですか。

〔 〕内科（循環器科、糖尿病科、呼吸器科、消化器科などを含む）

〔 〕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（ ）

１）心身が不自由になったのは、いつ頃からですか。そのきっかけ、あるいは病気は何ですか。昭和 ・ 平成 年 月 日頃 病名

昭和 ・ 平成 年 月 日頃 病名

２）この半年間の病状について変化がありましたか。

〔 〕変化あり 〔 〕変化なし

３）その後の変化について教えてください。

２．ここ２週間以内に以下の医療を受けていますか。

〔 〕点滴の管理 〔 〕中心静脈栄養 〔 〕透析

〔 〕ストーマ（人工肛門）の管理 〔 〕酸素療法

〔 〕人工呼吸器 〔 〕気管切開の処置 〔 〕疼痛の看護

〔 〕経管栄養 〔 〕モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）

〔 〕褥瘡（床ずれ）の処置 〔 〕カテーテル（膀胱などに）

３．心身の現在の状態についてお尋ねします。

１）日常生活の程度は次のどれに当たりますか。

〔 〕０ 特に問題ない。

〔 〕Ｊ１ 交通機関を利用して外出できる。

〔 〕Ｊ２ 隣近所なら外出する。

〔 〕Ａ１ 日中はベッドから離れて生活しており、介助があれば外出できる。

〔 〕Ａ２ あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。

〔 〕Ｂ１ ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での生活には介助が必要。車椅子などに一人で移動できる。

〔 〕Ｂ２ ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での生活には介助が必要。車椅子などに一人で移動できない。

〔 〕Ｃ１ 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつことができる。

〔 〕Ｃ２ 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつことができない。

２）認知症状についてお尋ねします。

〔 〕０ 認知症状はない。

〔 〕Ⅰ 物忘れなど軽い認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している。

〔 〕Ⅱａ 道に迷う、買い物や金銭の管理などができなくなるなどの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。

〔 〕Ⅱｂ 服薬管理ができない、電話や訪問者との対応ができないなど、一人で留守番ができない。

〔 〕Ⅲａ 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。徘徊などの症状により、

日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。日中を中心として症状がでている。

〔 〕Ⅲｂ 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。徘徊などの症状により、

日常生活に困難をきたし、介護を必要とする。夜間を中心として症状がでている。

〔 〕Ⅳ 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする。

〔 〕Ｍ せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。

３）理解および記憶について

・ついさっきのことをすぐ忘れてしまうなど、記憶力に問題はありますか。

〔 〕はい 〔 〕いいえ

* 日常の意思決定を行うための認知能力（自分で判断できるか）

〔 〕自立

〔 〕いくらか困難（新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある）

〔 〕見守りが必要

〔 〕判断できない

* 自分の意思や考えが他の人に伝えられますか。

〔 〕伝えられる

〔 〕いくらか困難

〔 〕具体的要求に限られる（飲食、睡眠、トイレ等の意志を伝える程度）

〔 〕伝えられない

４）問題行動の有無

次のような症状がありますか。該当するものに○印をつけてください。

〔 〕幻視、幻聴 〔 〕妄想 〔 〕昼夜逆転

〔 〕暴言 〔 〕暴行

〔 〕介護への抵抗（介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない）

〔 〕徘徊 〔 〕火の不始末

〔 〕不潔行為（排泄物をもてあそんだり、まき散らす場合などをいう）

〔 〕異食行為（食べ物でないものを食べたりする）

〔 〕性的問題行動 〔 〕その他（ ）

〔 〕問題行動はない

５）精神・神経症状

〔 〕言葉を話したり理解することに障害がありますか。

〔 〕言葉を喋るのに異常はありますか（ロレツが回らない）

〔 〕おかしなことを口走ったり、行動することがありますか。

〔 〕傾眠傾向。

〔 〕時間や場所、人が分からなくなることがありますか。

６）身体の状態についてお尋ねします。

※利き腕＝〔 〕右 〔 〕左

※身長＝ cm

※体重＝ ㎏（過去６ヶ月の体重の変化： 増えた ・ 変わらない ・ 減った ）

〔 〕四肢欠損はありますか。（部位： ）

〔 〕麻痺がありますか。

右腕（程度： 軽 ・ 中 ・ 重 ） 左腕（程度： 軽 ・ 中 ・重 ）右足（程度： 軽 ・ 中 ・ 重 ） 左足（程度： 軽・ 中 ・ 重 ）その他（部位： 程 度 ： 軽 ・ 中 ・重 ）

〔 〕筋力の低下はありますか。（部位： 程度： 軽 ・ 中 ・ 重 ）

〔 〕動きの悪くなっている関節はありますか。

（部位： 程 度 ： 軽 ・ 中 ・ 重 ）

〔 〕関節の痛みはありますか。（部位： 程度： 軽 ・ 中 ・ 重 ）

〔 〕手、足、身体が思うように動かせないことがありますか。

〔 〕右腕 〔 〕左腕 / 〔 〕右足 〔 〕左足

〔 〕身体

〔 〕褥瘡（床ずれ）はありますか。（部位： 程度： 軽 ・ 中 ・ 重 ）

〔 〕その他皮膚の調子が悪いところがありますか。

（部位： 程 度 ： 軽 ・ 中 ・ 重 ）

４．生活機能についてお尋ねします。

１）移動

屋外歩行

〔 〕自分でしている 〔 〕介助があればしている 〔 〕していない車椅子の使用

〔 〕使用していない 〔 〕主に自分で操作している 〔 〕主に他人が操作している歩行補助具、装具の使用（複数選択可）

〔 〕使用していない 〔 〕屋外で使用 〔 〕屋内で使用

２）食事

〔 〕自立ないし何とか自分で食べられる 〔 〕全面介助

３）現在の栄養状態

〔 〕良いように思う 〔 〕あまり良くないように思う

４）最近（ここ半年程の間に）次のような状態に陥ったことがありますか。

〔 〕尿失禁 〔 〕転倒・骨折 〔 〕移動能力の低下

〔 〕褥瘡（床ずれ） 〔 〕肺炎 〔 〕閉じこもり

〔 〕意欲低下 〔 〕徘徊 〔 〕低栄養

〔 〕食べることや、飲み込むことがしにくくなった

〔 〕脱水 〔 〕風邪や膀胱炎などの感染症

〔 〕がん等による疼痛 〔 〕その他（ ）

５）現在、次のような医学的管理を受けていますか。

〔 〕訪問診療 〔 〕訪問看護

〔 〕看護職員の訪問による相談・支援 〔 〕訪問歯科診療

〔 〕訪問薬剤管理指導 〔 〕訪問リハビリテーション

〔 〕短期入所療養介護 〔 〕訪問歯科衛生指導

〔 〕訪問栄養食事指導 〔 〕通所リハビリテーション

〔 〕その他の医療系のサービス（ ）

６）介護上問題がありますか。

・血圧の変動 〔 〕あり 〔 〕なし

・うまく飲み込めない 〔 〕はい 〔 〕いいえ

・細かく刻むなどしないと食べられない 〔 〕はい 〔 〕いいえ

・移動するのに介助が必要 〔 〕はい 〔 〕いいえ

・運動するのに介助が必要 〔 〕はい 〔 〕いいえ

・その他（ ）

５．介護上特に困ったこと、今後の不安などがあれば記入してください。

（例えば、「トイレに行くことはできるが、途中で失敗したり汚すため、一日５～６回始末する」、

「最近１～２ヶ月で３回も鍋を焦がしてしまい、一日中目を離せない」など、できるだけ具体的に）