

〈 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 [] 痛痛の看護

[] 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。

- [] O 特に問題ない。
 - [] J 1 交通機関を利用して外出できる。
 - [] J 2 隣近所なら外出する。
 - [] A 1 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。
 - [] A 2 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。
 - [] B 1 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。
 - [] B 2 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。
 - [] C 1 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。
 - [] C 2 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。
 - [] O 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。
 - [] II a 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。
 - [] II b 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。
 - [] III a 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。
 - [] III b 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 requirement 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= kg (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つた

[] 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

[] 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）