

日常生活についての問診票

(主治医意見書作成用)

◆記入してかかりつけ医に提出してください

裏面も記入してください

申請者氏名	記載者氏名	関係
-------	-------	----

利き手	☐ 右 ☐ 左	身長	cm	体重	kg	半年間の体重	☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少
-----	---	----	----	----	----	--------	---

◆現在かかりつけの病院はありますか？

☐ 内科	☐ 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()						

◆今までかかった病気、現在かかっている病気を書いてください

--

◆現在の生活状態はどれにあてはまりますか？

☐ 日常生活はほぼ自立	☐ 屋内はおおむね自立、外出には介助が必要	☐ 屋内の生活で何らかの介助が必要	☐ ベッド上で過ごし生活全般に介助が必要
------------------------------------	--	--	---

◆物忘れの程度はどれくらいですか？

☐ 物忘れはない	☐ 時々物忘れがあるが日常生活は困らない
☐ 物忘れがあるが周囲に迷惑をかけることはない	☐ 物忘れで注意しないと 周囲に迷惑をかける
☐ 物忘れがひどく常に見守りや声かけが必要	☐ 問題行動が多く専門医療が必要

◆日常生活の判断についてどの程度ですか？

ついさっきのことを忘れる	☐ ない ☐ ある			
日々の生活での意思決定	☐ できる ☐ いくらか困難	☐ 介助が必要	☐ 判断できない	
自分の意思を伝える	☐ できる ☐ いくらか困難	☐ 具体的なものに限られる	☐ 伝えられない	

◆次の項目で当てはまるものにチェックを入れてください

実際にはないものが見えたり聞こえたりする	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
実際になかったことをあったように言う	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
日中に寝て夜中に起きている	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
家族や周囲の人に暴言を言う	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
家族や周囲の人に暴力をふるう	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
介護に抵抗をする	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	
一人で出て行って帰ってこられない	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	

火の消し忘れや鍋を焦がすことがある	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
便をさわる トイレ以外で排泄をする	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
食べられないものを食べようとする	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	※
性的な迷惑行動をする	☐ ない	☐ 時々ある	☐ ある	

◆身体の状態について当てはまるものにチェックを入れてください（書ききれない場合は下に記載）

病気やケガで 体の一部に欠損はありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	]
麻痺（まひ）や不自由な部分がありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	]
筋力が低下して困る部分がありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	]
関節のこわばりやかたい部分がありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	] ※
関節の痛みがありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	]
床ずれ（じょく瘡）がありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	] ※
皮膚疾患（皮膚炎、水虫など）がありますか？	☐ ない	☐ ある	[部位	] ※

屋外での歩行	☐ 自立	☐ 介助があればできる	☐ していない
車いすの使用	☐ 使っていない	☐ 自分で操作できる	☐ 他人が操作している
杖・歩行器などの使用	☐ 使っていない	☐ 屋外で使用	☐ 屋内で使用
食事	☐ 自分で食べる	☐ 一部介助	☐ すべて 介助
のみこみ（飲水）	☐ できる	☐ むせやすい	☐ できない ※
排泄の方法	☐ トイレ	☐ ポータブルトイレ	☐ オムツ

入浴時の洗身	☐ 一人で洗える	☐ 一部介助	☐ すべて介助
爪切り	☐ 自分で全部切る	☐ 一部介助	☐ すべて介助で切る
屋内での移動	☐ 自力で移動	☐ 見守り	☐ 一部介助
乗り移り（ベッドなど）	☐ 自分でできる	☐ 見守り	☐ 一部介助
排泄（トイレでの動作）	☐ 自分でできる	☐ 見守り	☐ 一部介助
衣類の着脱	☐ 自分でできる	☐ 見守り	☐ 一部介助

◆現在困っていること、希望されるサービスなど ご自由にお書きください

記載日 年 月 日

かかりつけ医の先生へ

※印の欄について所見ある場合は意見書に詳細を記載してください

（できるだけ専門用語を使用せず、本人の生活に即した記載をお願いします）