

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		生年月日		年	月	日
記載者氏名		本人との関係				
利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	身長	cm	体重	kg	半年間の体重 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少

◆現在かかりつけの病院はありますか？

<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	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 歯科		
<input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> 日常生活はほぼ自立	<input type="checkbox"/> 屋内はおおむね自立、外出には介助が必要	<input type="checkbox"/> 屋内の生活で何らかの介助が必要	<input type="checkbox"/> 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？

<input type="checkbox"/> 物忘れはない	<input type="checkbox"/> 時々物忘れがあるが日常生活は困らない
<input type="checkbox"/> 物忘れがあるが周囲に迷惑をかけることはない	<input type="checkbox"/> 物忘れで注意しないと周囲に迷惑をかける
<input type="checkbox"/> 物忘れがひどく常に見守りや声かけが必要	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある		
日々の生活での意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 判断できない
自分の意思を伝える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的なものに限られる	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
実際になかったことをあったように言う	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
日中に寝て夜中に起きている	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	
家族や周囲の人に暴言を言う	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
家族や周囲の人に暴力をふるう	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
介護に抵抗をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	
一人で出て行って帰ってこられない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	

火の消し忘れや鍋を焦がすことがある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
便をさわる トイレ以外で排泄をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
食べられないものを食べようとする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ある	※
性的な迷惑行動をする	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]
麻痺（まひ）や不自由な部分がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]
筋力が低下して困る部分がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]
関節のこわばりやかたい部分がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]※
関節の痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]
床ずれ（じょく瘡）はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]※
皮膚疾患（皮膚炎、水虫など）がありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[部位]※

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

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

◆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）

2017年10月改訂
2026年1月改訂