介護保険・主治医意見書問診票

申請者　→　主治医

該当する項目に〇をつけ、（　）を記入してください。　　名前　　　　　　　　　　　　カルテ№　　　　　　　年　　　月　　　日

１．もの忘れはありますか？　　はい　いいえ

２．自分で身の回りのことはできますか？　　自立　いくらか困難　見守りが必要　判断できない

３．自分で意思表示ができますか？　　伝えられる　いくらか困難　具体的要求に限られる　伝えられない

４．次のような症状がありますか？

　　　幻視・幻聴　妄想　昼夜逆転　暴言　暴行　介護への抵抗　徘徊　火の不始末　不潔行為

　　　異食行動　性的問題行動　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．利き腕　　右　左

６．身長　　　　　㎝　　体重　　　　　㎏　　　過去６か月の体重の変化　　増加　維持　減少

７．手足で欠損している部分はありますか？　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

８．麻痺はありますか？　　右上肢　左上肢　右下肢　左下肢　その他（　　　　　　　　　　）

９．筋力の低下した部分はありますか？　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１０．関節が固くなって動かないところがありますか？　部位（　　　　　　　　　　　　　　）

１１．関節の痛みがありますか？　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１２．ふらついたり、振るえるところがありますか？　部位（　　　　　　　　　　　　　　　）

１３．褥瘡（床ずれ）はありますか？　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

１４．屋外を歩いていますか？　　　　自立　介助があればしている　していない

１５．車いすを使用していますか？　　用いていない　主に自分で操作　主に他人が操作

１６．杖などを使用していますか？　　用いていない　屋外で使用　屋内で使用

１７．食事は自分でできますか？　　　自立　介助（一部　全面）

１８．栄養状態はどうですか？　　　　良好　不良

１９．介護保険を申請した理由・受けたいサービスなどありましたらご記入ください