

介護保険・主治医意見書問診票

該当する項目に○をつけ、() を記入してください。 名前 _____ カルテNo. _____ 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 _____ cm 体重 _____ kg 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がありますか？ 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がありますか？ 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