

## <介護保険問診票>

☆この問診票は、医師意見書記載の参考にするためのもので、他に公表するものではありません。  
記入について分からないところは、病院でお聞きください。

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒
	大・昭 年 月 日生 ( 歳)		連絡先 ( )

- (1) 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 利き腕 (右・左)
- (2) 日常生活における身体状態について、当てはまるものに○を付けてください。
- ( ) 問題はない
  - ( ) 多少不自由なことはあるが自分のことはでき、電車、バスを利用して外出している
  - ( ) 多少不自由なことはあるが自分のことはでき、隣近所へなら外出している
  - ( ) 家の中では、自分のことは出来るが一人では外出しない
  - ( ) 家の中では、自分のことは出来るが、寝たり起きたりしている
  - ( ) 家の中でも何らかの手助けが要るが、自力で食事、排泄はベッドから離れて行っている
  - ( ) 家の中でも何らかの手助けが要り、座れるが自力ではベッドから移動することはできない
  - ( ) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りはできる
  - ( ) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要し、自力で寝返りもできない
- (3) 日常生活における精神症状について、当てはまるものに○を付けてください。
- ( ) 精神的のものは特になく、日常生活が送れている
  - ( ) 多少チグハグな点はあるが、特に問題はない
  - ( ) 問題はあるが誰かが注意していれば生活ができる
  - ( ) 着替えや食事などが上手にできなかつたり、時間がかかり、介護が必要である
  - ( ) 目が離せなく、介護がないと生活できない
  - ( ) 精神状況が不安定で、家で介護は無理である
- (4) 日付、直前に食べたもの、前日の出来事を忘れている。
- ( ) はい ( ) いいえ
- (5) 毎日の日課における判断能力について、当てはまるものに○を付けてください。
- ( ) 特に問題はない
  - ( ) 毎日繰り返していることはできるが、新しい出来事は判断できない
  - ( ) 毎日繰り返していることでも、判断できないときがある
  - ( ) ほとんど判断ができない
- (6) 本人の意志を伝える能力について、当てはまるものに○を付けてください。(筆談・手話含む)
- ( ) 特に問題はない
  - ( ) 自分の意志を伝えるのに多少時間がかかる
  - ( ) 基本的な欲求(食事・排泄など)は伝えられる
  - ( ) ほとんど伝えられない

(7) 精神症状について、当てはまるものに○を付けてください。

- ( ) 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする
- ( ) 物を盗られたなど被害的になる
- ( ) 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある
- ( ) 暴言・暴行がある
- ( ) 介護に抵抗する
- ( ) 徘徊がある
- ( ) 火の不始末がある
- ( ) 不潔な行為を行う
- ( ) 食べられないものを口に入れる

(8) 手・足・指等に欠損がある。

- ( ) はい ( ) いいえ

(9) 顔・手足で麻痺しているところがある。

- ( ) はい ( ) いいえ

(10) 手足の震えがある。

- ( ) はい ( ) いいえ

(11) 床ずれがある。

- ( ) はい ( ) いいえ

(12) 床ずれ以外に、皮膚の病気がある。

- ( ) はい ( ) いいえ

(13) 室内歩行について、当てはまるものに○を付けてください。

- ( ) 自立
- ( ) 何かにつかまって歩く
- ( ) していない

(14) 屋外歩行について、当てはまるものに○をつけてください。

- ( ) 自立
- ( ) 介助があればしている
- ( ) していない

(15) 車椅子の使用について、当てはまるものに○を付けてください。

- ( ) 用いてない
- ( ) 主に自分で操作している
- ( ) 主に他人が操作している

(16) 杖・シルバーカー等の使用について、当てはまるものに○をつけてください。

- ( ) 用いてない ( ) 杖 ( ) シルバーカー その他 ( )
- ( ) 主に家の中で使用している
- ( ) 主に家の外で使用している

(17) その他、介護に関わる上で困ったことや、お悩みのことがあれば記入してください。