＜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 | 〒  連絡先　　　　（　　　　） |
|  |
| 大・昭　　年　 　月　 　日 生（　　　　歳） |

（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ったり、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、前の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

―裏面あり―

（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、当てはまるものに〇をつけてください。

（　）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。

|  |
| --- |
|  |