

問 診 票





# < 問診票 >

☆この問診票は、介護保険における“かかりつけ医”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。

☆本人又は介護者の方が記入してください。

☆記入についてわからないところは病・医院でお聞きください。

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

記入者 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1【0-3】現在、当院以外で継続的に診察を受けたり、内服薬や診療を受けている病院や医院はありますか？

病・医院名

病 名

その他

2【1-1】今まで本人がかかった病気(特に入院治療した)はありますか？

具体的に書いて下さい。(うつ病やその他の精神疾患なども含む)

病 名

発病年月日

3【1-3】過去6カ月の間に病気をしたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方に、お聞きします。

4【1-3】その病気のために日常生活で不自由になった事がありますか？

はい ・ いいえ

5【1-3】その病気のために精神状態に変調をきたすような事がありますか？

はい ・ いいえ



- ( )4) 日常生活において、着替えや食事、排便等が上手に出来なかったり、時間がかかり、誰かが介護しないと生活出来ない。
- ( )5) 日常生活に支障をきたし、着替えや食事、排泄等が上手に出来ず、付きっきりで介護をしないと生活できない。
- ( )6) 大声を出したり、意味不明のことをいったり、興奮して暴れたりして、家で家族が見る事が出来ない。

9【3-2】日付、直前に食べたもの、前の日の出来事などの記憶に問題がありますか？

はい ・ いいえ

10【3-(2)】毎日の日課における判断能力について、次に当てはまるものに○をつけて下さい。

- ( )1) 特に問題ない。
- ( )2) 毎日繰り返している事は判断できるが、新しい出来事については判断できない。
- ( )3) 毎日繰り返している事でも(例えば食事、入浴等)判断力が弱く指示する必要がある。
- ( )4) ほとんど全く判断できない。

11【3-2】本人の要求や意見を伝える能力について、次に当てはまるものに○をつけて下さい。

(会話に限らず筆談、手話も含めて)

- ( )1) 自分の考えを容易に伝えられる。
- ( )2) 自分の意見を伝えるのに多少時間がかかる。
- ( )3) 基本的な要求(食事、排泄等)のみ伝えられる。
- ( )4) ほとんど伝えられない。

12【3-3】実際にはないものが見えたり、聞こえたりしている様な事がありますか？

はい ・ いいえ

13【3-3】お金とか、大切なものがなくなったとか、盗まれたとかの言動がありますか？

はい ・ いいえ

14【3-3】昼間寝ていて、夜になると寝ないで動き回ったり、大きな声を出したりすることがありますか？

はい ・ いいえ

15【3-3】今までなかった様なひどい言葉をはくことがありますか？

はい ・ いいえ

- 16【3-3】 家族や介護を必要とする人に対して暴力的行為をすることがありますか？ はい ・ いいえ
- 17【3-3】 食事、排泄、入浴等日常生活の動作が出来なくなったことに対する援助を拒絶することがありますか？ はい ・ いいえ
- 18【3-3】 理由あるなしに関わらずうろついて、1人で外に出たがり目が離せないことや、外出して家に帰れなくなったりしたことがありますか？ はい ・ いいえ
- 19【3-3】 タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？ はい ・ いいえ
- 20【3-3】 排便後、便を触ったり(ろうべん:弄便)、かくしたりしたことがありますか？ はい ・ いいえ
- 21【3-3】 本来食べれない様なものを口に入れたりすることがありますか？ はい ・ いいえ
- 22【3-3】 その他、家族や周囲が迷惑するような行為がありますか？ はい ・ いいえ
- 23【3-4】 最近、以前になかったような精神的状態がありますか？以下の項目の中で当てはまるものがあるならば○をして下さい。
- ( )1)以前と比べて、やる気がなくなったり、不安定な気分や憂鬱な気分になったりする。
- ( )2)昼より夜に多いが、落ち着かず、ありもしないものが見えたり聞こえたりしているようであったり、人によっては大声をあげたり騒いだりする事がある。
- ( )3)1日中うとうとと寝ており、大声でおこせば起きるがすぐ寝てしまうことがある。
- ( )4)自分のいるところがわからなかったり、時間の感覚が不正確だったりすることがある。
- ( )5)声が出なくなったりする。
- ( )6)会話がスムーズに行えないことがある。
- ( )7)意識ははっきりしていて、トイレの場所など良く知っているにもかかわらず、場所がわからないことがある。
- ( )8)意識ははっきりしていて、手足の麻痺もないのに洋服がうまく着れなかったり、スプーンがうまく使えないことがある。
- 24【3-5】 利き腕(右・左) 身長( )cm 体重( )kg (6カ月前の体重= kg)

- 25【3-5】 手・足・指等に欠損がありますか？ はい ・ いいえ  
 手足や背骨の手術をしたことがありますか？（人工関節など） はい ・ いいえ
- 26【3-5】 顔面・手足で麻痺しているところがありますか？ はい ・ いいえ
- 27【3-5】 手や足は動くけれども、日常生活を送る上で障害となる様な筋肉の衰えがありますか？  
 はい ・ いいえ
- 28【3-5】 手・足の関節部で硬くなって動きにくいところがありますか？ はい ・ いいえ
- 29【3-5】 手足の痛みのために動かすにくいところがありますか？ はい ・ いいえ
- 30【3-5】 手足のふるえがありますか？ はい ・ いいえ
- 31【3-5】 床ずれ(褥瘡)がありますか？ はい ・ いいえ
- 32【3-5】 床ずれ以外に身体に湿疹や水虫、おむつかぶれなど皮膚病はありますか？  
 はい ・ いいえ

33【4-1】 屋外歩行に関して当てはまるものに○をつけてください。

- ( ) 1) 自分ひとりで歩いている(歩行補助具・装具・義足の使用を含む)。  
 ( ) 2) 介護があれば歩いている。  
 ( ) 3) 歩いていない。

車いすの使用に関してお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- ( ) 4) 車いすは使用していない。  
 ( ) 5) 主に自分だけ操作できる。(車いすへの移乗の手段は問いません)  
 ( ) 6) 主に他人が操作しているか、もしくは、見守りをしてもらっている。

34【4-1】 歩行時、歩行補助具(杖やシルバーカーなど)や装具、義足などをお使いの方にお聞きします。

- ( ) 1) 訓練のときのみ使用している。  
 ( ) 2) 日常的に屋外歩行時に使用している。(遠出の際のみ、時々の使用も含まれます)  
 ( ) 3) 屋内の日常生活行為のみに使用している。

35【4-2】 食事について、次にあてはまるものに○をつけてください。

- ( ) 1) イ. 何とか自分で食べられる(見守り・励まし・身体的援助も含む)  
 ( ) 2) ロ. 全面的な介助が必要である。

36 【4-2】 気づいた事があれば○をつけてください。

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| ( ) 1) 食欲低下        | ( ) 5) 皮膚の乾燥が目立つ |
| ( ) 2) 下痢          | ( ) 6) 頑固な便秘     |
| ( ) 3) 嘔気・嘔吐       | ( ) 7) 微熱がつづく    |
| ( ) 4) 手足・顔がはれぼったい | ( ) 8) その他 ( )   |

37 【4-2】 食事に関してお聞きします。

- ( ) 1) 食べ物が飲み込みにくいと感じる事がありますか？
- ( ) 2) 食事中むせたり、咳がとまらなくなる事がよくありますか？
- ( ) 3) 入れ歯の調子がよくない。
- ( ) 4) 食べ物をかむ事がむつかしくなってきた。
- ( ) 5) 食事の味があまりしなくなってきた。
- ( ) 6) その他 ( )

38 【4-3】 便・尿をもらすことがありますか？                      はい                      ・                      いいえ

39 【4-3】 その他、困っていることがあれば記入して下さい。

40                      前回の申請時と比べての変化をお聞きします。

- ( ) 1) 明らかによくなった。  
→ どういう点が改善しましたか？ ( )
- ( ) 2) 悪くなった。  
→ 悪くなったのはどういう点ですか？ ( )
- ( ) 3) 変わらない。



参考資料【アセスメント（29項目）一覧】

はい・いいえのどちらかに、○を記入してください。

	質問する生活行為	はい	いいえ
1	定期的に入浴、又はシャワーで身体を清潔にしている。	はい	いいえ
2	肌や顔、歯、爪などを手入れして、きれいにしている。	はい	いいえ
3	トイレをきちんと自分で済ませている。	はい	いいえ
4	場面や天気、季節にあわせて着るものや履き物などを着用している。	はい	いいえ
5	健康のために食事や運動、休養などに気を付けたり、検診を受けている。	はい	いいえ
6	薬を飲み忘れず、管理している。	はい	いいえ
7	日常に必要な品物を自分で選んで買っている。	はい	いいえ
8	自分や他人のために、献立を考え、食材をそろえ、調理、配膳をしている。	はい	いいえ
9	家の掃除、ゴミ捨て、洗濯を行っている。	はい	いいえ
10	簡単な家の修理や電球の交換、植物の水やり、ペットの世話をしている。	はい	いいえ
11	家族や友人のことを心配したり、相談にのっている。	はい	いいえ
12	同僚、友人、近所の人と良好な関係を作り、保っている。	はい	いいえ
13	良好な親子、兄弟、親類関係を作り、保っている。	はい	いいえ
14	良好な夫婦関係を作り、保っている。	はい	いいえ
15	仕事を続けている。（自営業の店番、田んぼの見回りなどを含む）	はい	いいえ
16	ボランティアや奉仕活動など人の役に立つことをしている。	はい	いいえ
17	預貯金の出し入れを行っている。	はい	いいえ
18	友人を招いたり、友人の家を訪問している。	はい	いいえ
19	趣味や楽しみがあり、続けている。	はい	いいえ
20	候補者を決め、投票している。	はい	いいえ
21	家族、友人などと会話している。	はい	いいえ
22	家族、友人などと連絡するために、手紙やメールを出している。	はい	いいえ
23	家族、友人などと電話で話している。	はい	いいえ

24	自宅内を円滑に歩行している。	はい	いいえ
25	自宅以外の屋内を円滑に歩行している。(杖なし、杖あり、車椅子)	はい	いいえ
26	屋外を円滑に歩行している。(杖なし、杖あり、車椅子)	はい	いいえ
27	移動のために、バスや電車、他人が運転する自動車などを使っている。	はい	いいえ
28	自分で自動車や自転車などを使って、移動している。	はい	いいえ
29	日常生活に関する内容については自分で決めている。	はい	いいえ

(新予防給付のケアマネジメントのアセスメントシート及びケアプランシート)より引用

この問診票は、利用者の方に記入していただき適正かつ正確な意見書記載に役立てていただくために、コピーして使用されてもかまいません。

しかし、出版物ですので、公の目的で、医師会やその他の団体などでお使いの場合には、下記までご一報ください。

一般社団法人乙訓医師会 TEL : 075-953-3914

FAX : 075-952-2343

〒617-0845 京都府長岡京市下海印寺下内田 101 番地

京都済生会病院別棟

