

# 介護保険の要介護（要支援）認定申請をされる方へ

この問診票は、前橋市に要介護（要支援）認定申請をされる場合に、前橋市が申請者の主治医宛に作成をお願いする「主治医意見書」の記載項目を要約したものです。

申請者の普段の状況がわかる方（身近にいるご家族等）などにあらかじめご記入いただき、主治医に受診される際などにお渡しいただくことにより、「主治医意見書」をスムーズに作成することができ、認定結果の通知についてもスピーディーに行えることにつながります。

なお、前回の申請時も同一の主治医である場合や入院中などで、主治医が、申請される方の普段の状況の把握ができている場合は、この問診票は不要になる場合がありますので、提出の可否については主治医に確認してください。

なお、記入方法がわからない場合などは空欄でもかまいませんので、わかる範囲での記入をお願いします。

また、記入されたことは意見書の参考意見として利用されますが、意見書の記載内容とは異なることもありますのでご承知ください。

問診票にできる限り記入いただけますように、ご協力をお願いします。

※この用紙は前橋市医師会と前橋市が相談し、申請者の普段の状況を意見書に記載するための参考にするを目的とし、用意したものです。）

（前橋市医師会・前橋市介護保険課）

## ○問診票に記入をお願いする方

- 1 介護保険新規申請者
- 2 区分変更申請者（主治医が状況を把握している場合は必要ありません）
- 3 更新申請者（前回申請時と主治医が変更になる場合等）
- 4 その他必要な場合

記入日：令和 年 月 日

被保険者（認定申請対象者）名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生		（ 歳）
記入者の氏名		同居の有無	有 ・ 無
被保険者と記入者の続柄	1. 夫 2. 妻 3. 息子 4. 娘 5. 子の配偶者 6. 兄弟姉妹 7. その他（ ）		

## 介護保険主治医意見書作成のための問診票

○ 現在、介護保険の認定を受けていますか？該当の□にレ印を付けてください。

- いない     要支援1     要支援2  
 要介護1     要介護2     要介護3     要介護4     要介護5

○ ケアプラン等を依頼している事業所があれば記入してください。

・事業所名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

○ 要介護認定申請をした（する）主な理由は何ですか？（複数選択可）

- 手足が不自由     ひどい物忘れ     閉じこもり     その他（ \_\_\_\_\_ ）

○ 他の病院にかかっていますか？  いる     いない

かかっている場合、かかっている診療科は何科ですか？（複数選択可）

- 内科     精神科     外科     整形外科     脳外科     皮膚科     泌尿器科  
 眼科     耳鼻科     歯科     その他（ \_\_\_\_\_ ）

1-(1) 介護保険利用が必要になった直接の原因となっている病気や怪我の名称等を記入してください。

1. \_\_\_\_\_ 発症年月日（平成・令和    年    月    日頃）  
2. \_\_\_\_\_ 発症年月日（平成・令和    年    月    日頃）  
3. \_\_\_\_\_ 発症年月日（平成・令和    年    月    日頃）

2 過去14日間以内に下記の医療を受けましたか？  受けた     受けない

受けた場合は該当の□にレ印を付けてください。（複数選択可）

- 点滴     中心静脈栄養     透析     ストーマ（人工肛門）の処置     酸素療法  
 レスピレーター（人工呼吸器）     気管切開の処置     疼痛の看護     経管栄養  
 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）     褥瘡（床ずれ）の処置  
 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

3 心身の状態についてご記入ください。又は当てはまるところの□にレ印を付けてください。

3-(1)-① 身体の状態について、該当するところの□にレ印を付けてください。

- 体の不自由は無く、日常生活に支障はない。  
 交通機関を利用して、自分で外出できる。(J1)  
 隣近所くらいなら、自分で外出できる。(J2)  
 外出は介助により行うが、日中はほとんどベッドから離れて生活しており、食事や排泄などの身の回りのことは、概ね自分で行える。(A1)  
 食事や排泄などは概ね自分で行えるが、介助があっても外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。(A2)  
 屋内の生活にも何らかの介助を必要とし、日中もベッド上での生活が主であるが、自分ひとりで車いすに乗ることができ、食事・排泄等はベッドから離れて行う。(B1)  
 屋内の生活にも何らかの介助を必要とし、日中もベッド上での生活が主であり、自分ひとりでは車いすに乗ることができない。(B2)  
 1日中ベッドの上で過ごし、排泄・食事・着替え等で介護を要するが、自力で寝返りをうつ。(C1)  
 生活上の全般で介護を要し、自力で寝返りもうてない。(C2)

3-(1)-② もの忘れの状態について、1つだけ選んで□にレ印を付けてください。

- 特にない
- 以前より忘れやすくなったり話がくどくなったりしているが、生活上の支障はない。(I)
- 家の外に出ると時々道に迷ったり、買い物で、つり銭が出ないように購入金額と同額を数えて支払うことができない。(IIa)
- 服薬管理ができなくなったり、ひとりで留守番ができなくなったりするが、誰かが注意していれば自分でできる。(IIb)
- 着替え・食事・排泄がうまくできない。また、徘徊や食べられないものを口に入れるなどの症状があり、注意しても理解できないことがある。(IIIa)
- 前記の状態が週1回以上、夜間に多くあり、注意しても理解できないことがある。(IIIb)
- 日常生活に支障をきたすような症状や問題行動、意思疎通の困難さがあり、常に目を離せない。(IV)
- 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手に負えない。(M)

3-(2) 理解や記憶について、該当するものの□にレ印を付けてください。

- ① 直前のことをすぐ忘れてしまうことがよくありますか？ よくある あまりない
- ② 日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことができますか？  
できる 日課については判断できるが、新しいことには多少困難がある  
日課をこなすにも合図や見守りが必要である 判断できない
- ③ 自分のしてほしいこと、してほしくないことがきちんと伝えられますか？  
伝えられる だいたい伝わるが多少の困難があり、時間がかかる。  
時々は伝えられるが、飲食・睡眠・排泄等の基本的要求に限られる。  
全く伝えられない。

3-(3) 日常生活で問題となる行為について、次の中に当てはまる全ての項目の□にレ印を付けてください。(複数選択可)

- 幻想・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 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(

3-(5)-① 利き腕は？ 右 左 身長は？( ) cm  
体重は？( ) kg  
過去6ヶ月の体重の変化は？ 増えた 変わらない 減った

3-(5)-② 手・足・指などに欠損はありますか？  
ない ある(部位： )

3-(5)-③ 麻痺して動かしにくいところがありますか？  
ない ある(部位： )

3-(5)-④ 筋肉の力が弱っていて力が入らず不自由なところがありますか？  
ない ある(部位： )

3-(5)-⑤ 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？  
ない ある(部位： )

