記入して主治医の先生に提出してください

　　　介護保険利用者ならびにご家族の皆様へ 「アンケートのお願い」

**このアンケートは、介護保険に必要な「主治医意見書」作成のために、ご本人の日頃の様子をお尋ねするものです。お手数をおかけし、また大変失礼な質問もありますが、意見書作成に必要な事柄ですので、ご理解のうえご協力をお願い致します。介護保険の申請手続きが近づきましたら、ご本人様について、記入日現在のご様子をご記入のうえ主治医にご提出ください。なお、ご不明なところは空白で結構です。またこの調査票を目的以外に使用することはありません。**

* **アンケート記入日　　　令和　　年　　月　　日**
* **ご本人氏名（　　　　　　 　）　記載者氏名（　　　　　 　　）　ご本人との関係（　　　　）**

**ご本人生年月日（大正・昭和　　年　　月　　日）　ご本人住所（　　　　　　　　　　　　　）**

**連絡先電話番号（　　　　　－　　　－　　　　　　）**

* **今回の申請は（新規 ・ 更新 ・ 変更）申請　◎最近、宇部市外からの転入は（ない ・ ある）**
* **前回の介護度（要支援 １ ・ ２ 　　要介護 1 ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）**

**※新規申請の方は記入不要です**

**質問 １　現在あなたが居られるところはどこですか。**

**居宅（独居 ・ 家族と同居）、 入院中（療養型 ・ 一般病床）、 入所中（施設）、 その他**

**質問 ２　主治医以外の医療機関への受診は（ない ・ ある）**

**（ある場合）□ 内科****□ 精神科　□ 外科　□ 整形外科　□ 脳神経外科　□ 皮膚科**

**□ 泌尿器科　□ 婦人科 □ 眼科　□ 耳鼻咽喉科　□ リハビリテーション科**

**□ 歯科　□ その他（　　　　　　　　　　）**

**質問 ３　現在ご本人は身の回りのことをどの程度できるでしょうか。９つある（　）のうち一番近いもの１つだけに〇をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **状　態** | **詳　　　　細** | **1つに○** |
| **日常生活に支障なし** | **●身の回りのことは自分でできており、日常生活になんの支障もない。** | **(　　)** |
| **ひとりで**  **外出できる** | **軽度の障害はあるが身の回りのことはほぼ自分ででき、ひとりで外出できる。**   * **バス・タクシーを利用して、ある程度の距離までひとりで外出できる。** * **ひとりでは隣近所までしか外出しない。** | **(　　)**  **(　　)** |
| **外出する時手助けが**  **必要** | **家の中では身の回りのことを自分でできるが、外出するときは手助けがいる。**  **● 昼間はほとんどベッドから離れて生活でき、介助があれば外出もできる。**  **● 昼間も寝たり起きたりの生活をしていて、あまり外出しない。** | **(　　)**  **(　　)** |
| **ほとんど**  **外出しない** | **家の中での生活に何らかの手助けを必要とする。昼間もベッドの上での生活が主であるが座った姿勢を続けることは可能で、食事・用便もベッドから離れてできる。**   * **自分で車いすに乗り降りできる。** * **車いすに乗るのに手助けがいる。** | **(　　)**  **(　　)** |
| **外出せずにベッドの上での生活** | **一日中ベッドの上で過ごし、食事・用便・着替えなどに手助けを必要とする。**   * **自分で寝返りがうてる。** * **自分では寝返りもうてない。** | **(　　)**  **(　　)** |

**質問 ４　認知症の程度に関する質問です。８つある(　)のうち、現在のご様子に一番近いもの一つだけに○をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **程　度** | **詳　　　　細** | **1つに○** |
| **無 い** | **認知症を疑わせるようなことはなく、大変しっかりしている。** | **(　　)** |
| **軽 い**  **重 い** | **●認知症の症状は多少あるが、家の中でも外でも日常生活に手助けはほとんど必要ないくらいで、ひとり暮らしも可能である。** | **(　　)** |
| **日常生活に支障をきたすような症状や行動がみられ、意思の疎通がとりにくいことがあるが、いずれも軽症であって、誰かが注意していれば自立できる。**   * **家の外で上記の症状がみられる。（買い物・事務・金銭管理等それまでできていたことにミスが目立つ、たびたび道に迷う、等）** * **家の中でも上記の症状がみられる。（電話の対応や訪問者への対応等ひとりで留守番ができない、服薬管理ができない、等）** | **(　　)**  **(　　)** |
| **日常生活に支障をきたすような症状や行動（食事、排便・排尿、着替え等が上手にできず時間がかかる、あるいは、質問６にあげた問題行動がみられる、等）や意思の疎通の困難さがみられ、介護を必要とするが、ひと時も目が離せないような状態ではない。**   * **これらの症状が、おもに日中みられる。** * **これらの症状が、おもに夜間みられる。** | **(　　)**  **(　　)** |
| **●日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、ひと時も目が離すことが出来ない状態である。** | **(　　)** |
| **●急に興奮状態となって意味不明なこと・あらぬことを口走ったり、不穏な行動をして自分自身あるいは周囲の人を傷つける恐れがあるなど、著しい精神症状や問題行動が続いていて、専門的医療を必要とする状態である。** | **(　　)** |

**質問 ５　記憶・理解に関して、(　)内から1つだけ選び〇をつけてください。**

**◎　ほんの数分前のことも忘れている、ということがありますか。**

**（よくおぼえている ・ 時々忘れる ・ よく忘れている）**

* **毎日の日課について、予定を立てたり、進み具合を自分で判断したりすることが出来ます**

**か。**

**（自分で判断できる ・ 少し難しい ・ 見守りが必要 ・ 判断ができない）**

* **自分の意思を人に伝えることが出来ますか。**

**（うまく伝えられる ・ 少し難しい ・ 具体的な要求に限られる ・ 伝えられない）**

**裏面にもお答えください**

**質問 ６　日常生活の中で問題となる行動について、よくあるものに◎、時々あるものに〇、あてはまらないものに×を(　)内にご記入ください。**

**(　)　実際にはないものが、見えたり聞こえたりすることがありますか。　　　　　　 （幻視・幻聴）**

**(　)　お金や大切なものを盗られたとかなくなったとか言うことがありますか。　　　　　　 （妄想）**

**(　)　昼間は寝ていて、夜になると寝ないで動き回ったり大声を出すことがありますか。 （昼夜逆転）**

**(　)　周囲に対してひどい言葉を吐くことがありますか。　　　　　　　　　　　　 (暴言)**

**(　)　暴力をふるうことがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （暴行）**

**(　)　介護に抵抗したり拒絶したりすることがありますか。　　　　　　　　　　 　（介護への抵抗）**

**(　)　目的もなく歩き回ったり、ひとりで外に出たがって目が離せないことがありますか。　 （徘徊）**

**(　)　ガスコンロを消し忘れるなどの火の不始末がありますか。 （火の不始末）**

**(　)　大便をさわる、便を布団や壁に塗りつけるなどの不潔な行為がありますか。　 　（不潔行為）**

**(　)　本来食べられないようなものを食べることがありますか。 （異食行為）**

**(　)　陰部を露出するなどの性的な問題行動がありますか。　　　　　　　　 　 　（性的問題行動）**

**質問 ７　認知症以外の精神・神経症状に関する質問です。あてはまるものに〇、そうでないものに×を(　)内にご記入ください。**

**(　)　以前は普通に話ができていたのに今は言葉が出にくい、ということがありますか。 (失語）**

**(　)　ろれつが回らないことがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （構音障害）**

**(　)　急に興奮状態となって意味不明の話をしたり、不穏な行動を示すことがありますか。 （せん妄）**

**(　)　昼間から（病的と思えるほど）うとうと寝ていることが多いですか。　　　　　　 （傾眠傾向）**

**(　)　自分の居場所や時間の感覚などが分からないとか不正確といったことがありますか。**

**（失見当識）**

**(　)　家族などよく知っている人の顔を見てもそれが誰だか分らないということがありますか。**

**（失認）**

**（　） マヒなど手足の動きに問題がないのに、意図した動作や指示された動作ができない、（例えば洗顔・**

**歯磨きができなくなった、箸が使えなくなった、衣類の着脱ができなくなった、等）ということが**

**ありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（失行）**

**質問 ８　身体の状態等に関する質問です。身長・体重については数字を記入し、その他の質問について**

**あてはまるものに〇をつけてください。部位についてもご記入ください。**

* **利き手はどちらですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　(右 ・ 左)**
* **身長 ・ 体重はいくらですか。 　　　　　　　（　　　　cm　　　　kg）**
* **最近の半年で体重の変化はありましたか。　　 （減った ・ 変わらない ・ 増えた）**
* **手足や手の指、足の指にかけたところがありますか。　 　（ない ・ ある：部位 ）**
* **手足にマヒはありますか。 （ない ・ ある：部位　　　　 ）**
* **筋肉に力が入らないところ、弱くなったところがありますか。 （ない ・ ある：部位　　 　　）**
* **関節が硬くなって十分伸びない、または曲がらないところがありますか。**

**（ない ・ ある：部位　　　 　）**

* **関節の痛みがありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　 （ない ・ ある：部位　　　 　）**
* **何かしようとすると手が震えてできない、箸で食べ物を以前ほど上手につまめない、あるいはつかめても上手に口に運べない、意識せずに体の一部が動いてしまうということはありますか。**

**（ない ・ ある）**

* **背中やおしりなどに赤くなったり、皮ふが剥がれているところ（床ずれ）がありますか。**

**（ない ・ ある）**

* **床ずれ以外に皮ふに異常がありますか。　　　　　　　　　　　 （ない ・ ある：部位　　　 　）**
* **入れ歯はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ない ・ ある）**

**質問 ９　生活機能に関する質問です。あてはまるものに〇をつけてください。**

**◎　家の外を歩いていますか。 （ひとりで歩いている ・ 介助があれば歩いている ・ 歩いていない）**

**◎　車いすを使っていますか。**

**（使っていない ・ 自分で操作している ・ 他の人に操作してもらっている）**

**◎　歩くときに手すりが必要だったり、杖や歩行器を使っていますか。（複数選択可）**

**（必要ない ・ 屋外で必要 ・ 屋内で必要）**

**◎　食事はひとりでできますか。**

**（自分一人でできる・少し手伝ってもらって食べる ・ 全面的に介助が必要）**

**◎　食事の量が少なかったり、かたよった食事のため栄養が足りていないと思いますか。**

**（はい ・ いいえ）**

**◎　おしっこが漏れてしまうことがありますか。　　 　 　　　　　　　　　　　　（ある ・ ない）**

**◎　大便が漏れてしまうことがありますか。****（ある ・ ない）**

**◎　最近転びやすくなったり、実際に転んで骨折したことがありますか。** **（ある ・ ない）**

**◎　歩いたり階段を上るときに息が苦しくなったり、心臓がどきどきすることがありますか。**

**（ある ・ ない）**

**◎　何日も家から出ずに閉じこもる状態が続くことがありますか。　　　　　　　　 （ある ・ ない）**

**◎　身なりに気を遣わなくなったり、趣味や好きだった活動に参加しなくなるなど、意欲が低下して**

**いますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （低下している ・ 低下していない）**

**◎　食事中にむせるなど、何か問題はありますか。 （ある ・ ない）**

**◎　オムツが必要ですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （必要 ・ 不要）**

**◎　入浴に手助けがいりますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （必要 ・ 不要）**

**質問 １０　介護保険を利用するにあたり、ご希望やご要望など、その他に何かお困りのことや昔あったが今はない症状、入院中の方は入院前の状況など、あればご記入ください。**

**例 ： 転倒しやすくなったため、段差の解消や手すり設置などの住宅改修をしたい。**

**例 ： 週〇回、デイサービスを利用したい。**

**例 ： 杖や歩行器など福祉用具を使用したい。**

**例 ： 最近認知症が進み介護に手間がかかるようになった。**

**例 ： 夜間の徘徊などで家族が大変困っており、介護度を見直してほしい。**

**ご協力をありがとうございました。**