

ご本人、ご家族様へ

この質問票は、主治医が介護保険「主治医意見書」を作成する際に参考とする重要なものです。わかる範囲で必要事項をご記入のうえ、速やかに、要介護・要支援認定等申請書に記載した主治医へご提出ください。

主治医の先生へ

この質問票は、介護保険「主治医意見書」作成の際に、参考資料としてご活用ください。なお、質問票は個人情報ですので、取り扱いには十分ご配慮くださいますようお願いいたします。

<記入日：令和 年 月 日>

本人氏名		記入者氏名	
本人住所		本人との関係	
本人の連絡先		記入者の連絡先	

介護保険＜主治医意見書作成参考用＞質問票

お願い 該当する項目に☑（チェック）を付けてください。

他の医療機関を受診していますか。 はい ・ いいえ

はいを選択した方は、

受診している科目にチェックを付け、診断されている病名を分かる範囲で記入してください。

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（ ）
 病名（ ）

普段の生活状況について、一番近いものにチェックを付けてください。

- (自立) 身体的に不自由なことはなく、外出、日常生活も一人できる
 (J) 何らかの病気や体力低下はあるが、日常生活は自立しており一人で外出もできる
 (A) 屋内での生活は自立しているが、外出には付き添いが必要
 (B) 屋内での生活にも何らかの手助けが必要で、日中もベッド上で過ごすことが多い
 (C) 1日中ベッド上で過ごしており、食事やトイレ等生活全般に介助が必要である

物忘れや日常の判断、行動について、一番近いものにチェックを付けてください。

- (自立) 物忘れや日常の判断に困ることはない
 () 多少の物忘れはあるが、日常生活は一人できる
 () 道に迷ったり、留守番ができない等があるが、誰かの注意があれば生活ができる
 () 認知機能の低下により、着替えや食事、排泄が上手にできず、誰かの介助を必要としている
 () 日常生活に支障をきたすような行動が頻繁にみられ、常に目が離せない
 (M) 著しい精神症状や身体疾患が見られ、専門医療が必要な状態

身体の状態についてお伺いします。あてはまるものにチェックを付けてください。

利き腕はどちらですか。 右 左

身長 _____ cm 体重 _____ kg (6カ月前と比べて 増えた 減った 変わらない)

切断などで手・足・指が失われている部分がありますか。

右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 その他（ ）

筋力が低下したと感じている部位はありますか。

右上肢(腕・肩) 左上肢(腕・肩) 右下肢(太ももから下) 左下肢(太ももから下)
 その他（ ）

裏面もご記入ください。

この列の数字は、
主治医意見書の項目番号です。



3 (1)

3 (5)

関節が硬くなったと感じている部位はありますか（拘縮）

首 肩（右・左） 肘（右・左） 股関節（右・左）
膝関節（右・左） その他（ ）

3 (5)

失調・不随意運動がある（無意識に体が動く）部位はありますか。

首 上肢（右・左） 下肢（右・左） 体幹（右・左）

日常生活についてお伺いします。

屋外での歩行（外出）はどのように行っていますか。あてはまるものにチェックを付けてください。

自立して一人で歩行している
誰かの介助によって歩行している
歩行はできない

4 (1)

車いすや歩行補助具（杖や歩行器）の利用について、あてはまるものにチェックを付けてください。

車いすを使用していない 歩行補助具や装具を使用していない
車いすを主に自分で操作している 歩行補助具や装具を屋外で使用している
車いすを主に他人が操作している 歩行補助具や装具を屋内で使用している

食事についてお伺いします。あてはまるものにチェックを付けてください。

スプーンや箸を使い、自立ないし何とか自分で食べられる
全面的に介護者が食べさせている
食事量が減少して痩せてきた

4 (2)

ご家族様に、認知機能等についてお伺いします。あてはまるものすべてにチェックを付けてください。

伝えられた内容を数分後には忘れてしまうことがある
テレビのチャンネルや、季節に合った衣類を自分で選ぶことができない
医師の話や治療方針への決定には他者の介入を要する
自身の意思を伝えることが、できるときとできない時がある
自身の意思を伝えることが出来ないため、二者択一といった限られたことで伝達している
見えないものが見えたり、聞こえない音が聞こえたりすると言ったことがある
ありもしない話をしたり、作り話をしたりする
日中に行う活動を夜に行い、日中に疲労や眠気があり、活動できない
前触れもなく、理由なく暴言や暴力をふるう
介護者の助言を聞かない、介護をしようとする手をはたかような抵抗がある
目的なく、自宅内や屋外を歩き回ることがある（徘徊）
ガスを消し忘れるといった火の不始末などがある
便をいじるなどの不衛生な行為をしてしまうことがある
食べられないものを食べてしまったり、口に入れたりすることがある
周囲が迷惑するような性的な行動がある
通帳や印鑑等、大切な物を無くしてしまい、他者の協力によって解決した

3 (2)

3 (3)

その他、生活や介護を行う上で困っていることや、医師へお伝えしたいことがありましたら、下記にご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。