

意見書をスムーズに作成するため、アンケートに答えてください。

患者さんの状態を一番わかっているかたがお書きください。

患者さんの氏名 _____

あなたのお名前 _____ (続柄: _____)

身長 _____ 体重 _____ 利き腕(文字を書く手)

右	・	左
---	---	---

1.現在かかっている科にチェックを入れてください。

- 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
 (理学療法科・作業療法科・言語療法科) 歯科 その他 (_____)

2.どんな病気をされてから、介護が必要になりましたか。(介護を要する病気のみ)

病名 _____ →発症年月日 昭和・平成 年 月 日

病名 _____ →発症年月日 昭和・平成 年 月 日

病名 _____ →発症年月日 昭和・平成 年 月 日

3.現在の症状のすべてを丸で囲んでください。はっきりしないものにも一応つけて

てください。【 】内はいずれかに丸を。

手足のマヒ【 右 左 】、しびれ【 右 左 】、めまい、ふるえ、ボケ、関節の痛み
骨折、息苦しい、見えにくい、聴こえにくい、尿便がもれる、ひとりで食事ができない、ひとりで排泄ができない、ひとりで着替えができない

4.困っている症状はいつも同じ程度ですか。目や時刻によって変わりますか。

いつも同じ程度 変わりやすい 変わるが介護度は変わらない

5.体についているもの、すべてを丸で囲んでください。

点滴 鼻の栄養チューブ 胃瘻(いろう) 人工肛門 酸素チューブ 気管切開
人工呼吸器 尿道カテーテル オムツ

6.処置(手当て)の必要な病気を丸で囲んでください。

褥瘡(じょくそう/寝だこ・床ずれ) 抜けかけている歯 壊れている入れ歯

皮膚疾患 オムツかぶれ 目の充血・目やに

7.行動範囲について、あてはまるもの1つだけにチェックを入れてください。

- 1人で交通機関などを利用して外出できる (J1)
- 隣近所なら1人で外出して戻ってこられる (J2)
- 介助つきで外出し、日中はほとんどベッドから離れている (A1)
- 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたり (A2)
- 1人で車いすに乗り移れる。食事・トイレはベッド以外です (B1)
- 介助で車いすに移る。1人で背もたれなしでも座っていられる (B2)
- 自力で寝返りできる。1日中ベッドにいる (C1)
- 寝返りもできない (C2)

8.食事する能力について、1つにチェックを入れてください。

- 全量、食べさせてもらう
- 食事の一部は自分で口まで運べる
- 8割以上、自力で食べられる

9.認知機能について

診断について答えてください。(1つだけにチェックを)

- 認知症と診断されている(アルツハイマー型認知症とか脳血管性認知症など)
- 認知症ではない
- 認知症かどうか微妙なところ
- 家族は認知症と思っているが、まだ医師から正確な診断を受けていない

認知症と思われる方のみ、下記にも記入をしてください。

～どれだけ自分でできているか～(1つだけにチェックを)

- 認知症だが、家庭内でも屋外でも1人ですべてできている
- 野外に出ると多少危なっかしいが、家族が監視していればだいたい1人でできている
- 家庭内でも危なっかしいことがあるが、家族が監視していればだいたい1人でできている
- 日中、日常生活に支障があるような認知症の症状が出る
- 夜間のみおかしくなる。1人にはさせておけない
- 頻繁に認知症症状があつて、24時間つき添わないと怖い

錯乱、妄想、興奮などがひどい。または重篤な病気があって気が休まらない

認知症でない場合も教えてください。(うつ病なども下記のようにになるので)

～理解度・記憶力について～(あてはまるものすべてにチェックを)

- 今日の朝やったことなど覚えていない (短期記憶)
- テレビ番組を自分で決められなくなった (意思決定能力)
- 自分がしてほしいことを家族に伝えられなくなった (意思伝達能力)

認知症の場合のみ教えてください。(あてはまるものすべてにチェックを)

- 昔死んだ人がそこにいると言う・虫がいると言う・壁から声がすると言う
- 物を盗られたと言う・配偶者が浮気していると言う
- 昼ウトウト、夜ソワソワの傾向がある
- 暴言が週に1回以上ある
- 暴行が月に1回以上ある
- 食事、薬、入浴を拒否することが目立つ・「さわるな」と言う
- 徘徊(目的もなく歩きすぎる)
- 火の不始末(もし家族がいなければやると思われればチェックを)
- 不潔行為(便を壁に塗るなど)
- 食べられないものを口に入れる(石けん、ゴミなど)
- 異性の体をさわる、卑猥なことをしゃべる
- その他(あれば必ず次に簡単に書いてください)

「」

10.以下の異常はありますか。【部位も忘れずに、右、左、両方のどこなど詳しく】

- 手足で切断したところがある 【部位は? 】
- 手足のしびれを訴える 【部位は? 】
- 筋力の弱い部分がある(握れない、立ち上がれないなど) 【部位は? 】
- 伸ばしきれない・曲げきれない関節がある 【部位は? 】
- 手足がふるえている・ふるえることがある 【部位は? 】
- 食事中にむせる(咳をする)ことが多い
- 歩行が危なっかしい

11.その他(同じ行で1つでも該当するものがあれば、その項目にチェックを入れて

ください)

- 食欲がない・あまり水分をとってくれない
- 便秘がひどい・腹痛を訴える

- よく鼠邪をひく・治りが遅い・糖尿病がある
- 過去に肺(結核など)や心臓(心不全など)を悪くした

12.介護サービスでなにが必要(希望)と思いますか。すべてにチェックを。

家族の都合でも結構です。常識的には4つくらいまでにしてください。

- 医師の訪問診療
- 看護師の定期的訪問
- 訪問リハビリ(筋力訓練など)
- デイケア、デイサービス、リハビリ通院(通所)
- 歯科医師の訪問治療
- 歯科衛生士、歯科医師の訪問指導
- 薬剤師の訪問説明
- 栄養士の訪問食事指導(糖尿病など)
- ショートステイ(短期間施設入所)

13.いままでにかかったことのある感染症(人にうつす病気)は?

すでに治ったものも含めてすべてチェックを入れてください。

- B型肝炎 C型肝炎 結核(昔は肋膜炎とっていた)
- 梅毒 エイズ MRSA 疥癬(かいせん)

14.その他、介護上困っていることは?

- けんかが多いなど精神的なストレスがある
- 家族の協力が少なく、孤立している
- 患者は体の動きは割舍よいが、俳祖などの周題行動のため、自由時圏がとれない

15.介護保険でしてほしいこと、とくに強調したいことがあったら書いてください。

ご協力ありがとうございました。すべて記入したら当院受付に提出してください。

役所から調査員が来ますが、かならず患者をよく知る介護者が同席するようにしてください。

要介護度はおよそ1か月後に判定が出ます。