

主治医意見書のための家族質問票

日常生活のご様子について

氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者： _____ 本人との関係： _____

各質問の後ろの「はい」「いいえ」のどちらか1つに✓を付けてください。

「できるか」は普段の補助具を使い、人の手を借りずにできる場合に「はい」です。

分からない項目は空欄のまま医師に確認してください。無理に動作を試す必要はありません。

01 記憶と意思のやりとり

最近7日間

元の欄：① 3 (2) 認知症の中核症状

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Q01 少し前にしたことや話したことを覚えていますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q02 着る服など日常のことを自分で決められますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q03 自分の気持ちや用件を相手に伝えられますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |

02 行動の変化

最近1か月に一度でもあったか

元の欄：① 3 (3) 認知症の行動・心理症状

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Q04 周りには見えない物や、聞こえない声を訴えますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q05 事実と違って「盗られた」などと強く信じますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q06 落ち着かず、そわそわすることがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q07 昼間に眠り、夜に起きて活動することがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q08 怒鳴る、相手を傷つける言葉を言うことがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q09 人をたたく、蹴るなどのことがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q10 着替えや入浴などの手助けを強く嫌がりますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q11 行き先が分からないまま出歩くことがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q12 火を消し忘れるなど、火の扱いに危険があります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q13 便を触る、周囲につけることがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q14 食べ物でない物を口に入れることがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q15 人前で脱ぐ、人の体に性的に触ることがあります。 | ☐ はい | ☐ いいえ |

03 移動と食事

最近7日間

元の欄：② 4 (1) 移動、4 (2) 食事行為

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Q16 屋外を一人で歩けますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q17 車いすを使っていますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q18 杖・歩行器・手すり・足の装具を使っていますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| Q19 食事を自分で口に運んで食べられますか。 | ☐ はい | ☐ いいえ |

主治医意見書のための家族質問票

体の状態と医療の確認

氏名： 記入日： 年 月 日

各質問の後ろの「はい」「いいえ」のどちらか1つに✓を付けてください。

04 体の状態 最近7日間

元の欄：②3(5) 身体の状態

Q20	手足の一部を失っている、またはない所がありますか。	☐ はい	☐ いいえ
Q21	医師から、手足などに麻痺があると言われていましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q22	手足などの力が弱くなっていますか。	☐ はい	☐ いいえ
Q23	関節が固くて、曲げ伸ばしにくい所がありますか。	☐ はい	☐ いいえ
Q24	関節に痛みがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
Q25	手足が勝手に動く、思う所へ動かせないことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
Q26	床ずれがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
Q27	床ずれ以外に、皮膚の傷やただれなどがありますか。	☐ はい	☐ いいえ

05 受けた医療や処置 記入日を含む過去14日間

元の欄：①2 特別な医療

期間内に1回でも受けた・使用した場合は「はい」

Q28	点滴や、点滴の管の管理を受けましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q29	太い血管に入れた管から栄養を入れましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q30	透析を受けましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q31	人工肛門・人工膀胱の手入れを受けましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q32	鼻の管やマスクから酸素を吸いましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q33	人工呼吸器など、呼吸を助ける機械を使いましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q34	首に開けた呼吸の穴や管の手入れを受けましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q35	医療者から、痛みを和らげる看護を受けましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q36	鼻・胃・お腹の管から栄養を入れましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q37	医療者が機器で血圧・脈・酸素の値を管理しましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q38	床ずれの薬・洗浄・貼り替えなどを受けましたか。	☐ はい	☐ いいえ
Q39	尿を出す管や、陰茎につける採尿具を使いましたか。	☐ はい	☐ いいえ

06 感染症についての説明 現在

元の欄：②4(7) 感染症の有無

Q40	医療者から、現在感染症があると説明されていますか。	☐ はい	☐ いいえ
-----	---------------------------	-----------------------------	------------------------------

医療機関・読取担当者へ

①②はサンプルのページ番号です。各問は上記の元欄に対応する確認用です。病名、身長・体重、自立度、介助の程度、部位・左右、医療の該当性や必要性等は医師が別途確認します。読取はQ番号ごとに「はい/いいえ/未回答」を記録。両方に印がある・判読できない場合は「要確認」とし、推測しません。空欄を「いいえ」にせず、原本と照合してから確定してください。