

介護保険主治医意見書問診票(新規)

●記入した日： 令和 年 月 日

●問診票を記入したのはどなたですか？

(お名前) (続柄) (電話番号)

●どなたの問診票ですか？

(お名前)

(生年月日) 年 月 日 (歳)

●現在、同居している方はいますか？ (いる・いない)

(『いる』と答えた方は□に✓印をつけてください)

□配偶者 □子(息子・娘) □嫁 □孫 □その他 ()

●今回介護保険の申請をした理由は何ですか？

□サービスを利用したい □年をとって心配 □その他 ()

●介護保険で利用したいサービスは何ですか？(当てはまる□に✓印をつけてください)

□ヘルパー訪問 □通所介護(デイサービス) □通所リハ(デイケア)

□ショートステイ □訪問入浴 □訪問看護 □訪問歯科 □訪問薬剤師

□訪問リハ □その他 ()

●他の病院(医師)にかかっていますか？ (はい・いいえ)

(『はい』と答えた方・・・診療科は何ですか？(当てはまる□に✓印をつけてください)

□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □脳神経内科 □皮膚科 □眼科

□泌尿器科 □耳鼻咽喉科 □歯科 □婦人科 □リハビリ科 □その他 ()

●現在、診察や治療を受けている病気がありますか？

病名・症状	病院・診療所名	診療科目	いつ頃から
1			昭和・平成・令和 年 月頃 ・不明
2			昭和・平成・令和 年 月頃 ・不明
3			昭和・平成・令和 年 月頃 ・不明

● 6 か月前と比べて状態の変化はありますか？ （変化あり・変化なし）

（『変化あり』と答えた方）どのような点が変わりましたか？

●どのような方法で来院されましたか？

☐バス ☐電車 ☐自転車 ☐車 ☐バイク ☐タクシー ☐徒歩 ☐その他（ ）
※付き添いは必要ですか？ ☐不要 ☐時々必要 ☐必要（付き添い：家族【 】・ヘルパー）

●過去 14 日以内に受けた医療はありますか？（当てはまる□に✓印をつけてください）

☐点滴 ☐酸素療法 ☐ストーマ（人工肛門）の処置 ☐透析 ☐疼痛の看護
☐褥瘡（床ずれ）の処置 ☐モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）

●今までにかかった病気や手術がありますか？

病名（手術名）など	いつ頃		
1	昭和・平成・令和	年	月頃・不明
2	昭和・平成・令和	年	月頃・不明
3	昭和・平成・令和	年	月頃・不明

●普段のご家庭での様子についてお答えください