1

この問診票は主治医が意見書を記入する際に参考資料とするものですので、必ずご記入ください。
また、この様式にとらわれることなく加除・修正していただいても結構です。

介護保険主治医意見書用問診票

記入日　令和　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女［　　歳］　明・大・昭　　年　　月　　日生まれ

記入者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 患者との続柄 ＿＿＿＿＿ 電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ケアプラン（介護サービス計画）を依頼しているところ［事業所名　　］

1 介護保険の申請をした主な理由は何ですか？

【　　】

2 介護保険の認定を受けていますか？

□いない □要支援１　□支援２　□要介護１　□介護２　□介護３　□介護４　□介護５

3 他の先生(医師・医院)にかかっていますか？

□いない　□いる　（医院名　　診療科名　　）

4 今までかかった病気や手術など

病名　手術歴など	いつから
	昭和・平成・令和　　年　　月頃・不詳
	昭和・平成・令和　　年　　月頃・不詳

5 身体の状況について ： 次の状態のうち、あてはまると思うところにレ印をつけてください。

□ からだの不自由なところはまったくない。（自立）
□ からだが多少不自由であるが、バスやタクシーを使って一人で外出できる。(J1)
□ からだが多少不自由であるが、隣り近所なら歩いて外出できる。(J2)
□ 一人での外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身の回りのことはできる。(A1)
□ 介助してもらっても外出そのものが少ないし、家の中では横になっていることが多い。(A2)
□ 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。(B1)
□ 車いすに乗り降りするのも一人ではむずかしいが、すわっていることはできる。(B2)
□ 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる。(C1)
□ 一日中ベッドの生活であり排泄、食事、着替えで人の手がかかり、寝返りもうてない。(C2)

6 認知症の状況について ： 次の状態のうち、あてはまると思うところにレ印をつけてください。

□ 認知症はない。(自立)
□ もの忘れなど、少し精神面のおとろえはあるが、一応一人でも生活できる。（Ⅰ）
□ 家の外に出ると、ときどき道に迷ったり、買い物でおつりをまちがえたりする。(Ⅱa)
□ 家の中でも薬を飲み忘れたり、電話や来客の対応ができない。（Ⅱｂ）
□ 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩いてしまったりすることがある。(Ⅲa)
□ 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いてしまったりして、家族が起こされる。(Ⅲｂ)
□ 昼も夜も目が離せず、家族が落ちついて眠ることもできない。（Ⅳ）
□ 被害妄想・暴力・落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。（M）

7 理解したり記憶したりすることについて、おたずねします。

・ 物忘れはありますか？　□いいえ　□はい
・ 日常生活で、ものごとを自分で決める（判断する）ことができますか？
　□できる　□だいたいできる　□あまりできない　□まったくできない
・ 自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？
　□伝えられる　□だいたい伝えられる　□あまり伝えられない　□まったく伝えられない

＜裏面へつづく＞

1

8 問題行動について、おたずねします。

・実際にはいない人や虫、動物などが見えると言うことがありますか？（ある・時々・ない）
・実際にはいない人の声や物音が聞こえると言うことがありますか？　（ある・時々・ない）
・金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言うことがありますか？　（ある・時々・ない）
・昼間寝て、夜間さわぐことがありますか？　（ある・時々・ない）
・介護する人などに、暴言をはくことがありますか？　（ある・時々・ない）
・介護する人などに、暴力をふるうことがありますか？　（ある・時々・ない）
・介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？　（ある・時々・ない）
・目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？　（ある・時々・ない）
・ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？　（ある・時々・ない）
・便をこねるなど、不潔な行動がありますか？　（ある・時々・ない）
・紙や消しゴムなど、通常食べられない物を食べることがありますか？　（ある・時々・ない）
・性的問題行動がありますか？　（ある・時々・ない）

9 身体の状態についておたずねします。

・きき腕は？　□右　□左　　・身長は？（　　cm）　体重は？（　　kg）
・手・足・指などに欠損はありますか？　□ない　□ある（どこに　　）
・麻痺や力が入らず不自由なところがありますか？　□ない　□ある（どこに　　）
・関節の動きが悪く不自由なところがありますか？　□ない　□ある（どこに　　）
・関節の痛みがありますか？　□ない　□ある（どこに　　）
・自分の意思に反した身体のふるえがありますか？　□ない　□ある（どこに　　）
・床ずれがありますか？　□ない　□ある（どこに　　）
・皮膚病がありますか？　□ない　□ある（どこに　　）

10 現在の生活についておたずねします。

・屋外で歩いていますか？　□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　□主に自分で操作している　□主に他人が操作している
・杖・シルバーカーや下肢装具を使っていますか?　□使っていない　□屋外で使う　□屋内で使う
・食事は自分で食べられますか？　□一人でできる　□なんとかできる□できない
・飲み込みにくいことや、むせることがありますか？　□ない　□ときどきある　□よくある
・健康な時と比べて食事の量は減っていますか？　□変わらない　□３分の２程度　□半分以下
・一人で着替えができますか？　□できる　□一部はできる　□できない
・一人で入浴ができますか？　□できる　□一部はできる　□できない
・一人でトイレができますか？　□できる　□一部はできる　□できない
・使用しているものがありますか？□おむつ□ポータブルトイレ□リハビリパンツ□その他＿＿＿＿＿＿）

11 現在、利用している介護保険サービスをご記入ください。

【　　】

12 今後、利用してみたいサービスに レ印をつけてください。

□訪問看護　□訪問介護（ヘルパー派遣）□看護職員の訪問による相談・支援　□入浴ｻｰﾋﾞｽ
□デイサービス（施設での日帰り介護）　□ショートステイ（短期施設入所）□施設入所　□住宅改修
□デイケア（施設での日帰りリハビリ）　□福祉用具貸与・購入　□その他（　　）

★日頃の介護の状況を具体的に記入してください。

特に認知症などで問題行動がある場合には、困っている内容等を具体的に記入してください。

ご協力ありがとうございました。　（磐田市 健康福祉部高齢者支援課　電話 0538－37－4769）

2

介護保険主治医意見書作成依頼書

主　治　医　　様

磐　田　市

下記の被保険者について「介護保険主治医意見書」を作成し、ご返送くださるようお願い申し上げます。なお、返送は申請者が持参した返信用封筒をご利用ください。

被保険者	介護保険 被保険者番号		**※太枠内を記入して下さい。**	
	フリガナ		**生年月日**	**性別**
	氏　名			
	住　所			

※主治医が総合病院の場合、現在受診している診療科等を記入して下さい。

診療科	主治医氏名

意見書作成料 （1件あたり）	区　分	在宅者	施設入所者	備　考
	新規作成	５，５００円	４，４００円	消費税込
	継続作成	４，４００円	３，３００円	消費税込

【問合せ先】	〒438-0077　磐田市国府台５７番地７　磐田市総合健康福祉会館内 磐田市高齢者支援課　　TEL　0538－37－4769　FAX　0538－37－6495

介護保険主治医意見書作成料請求書

※金額訂正はできません。

意見書作成種別	1．在宅 2．施設	1．新規 2．継続	金　額						円
意見書依頼日	令和　　年　　月　　日		意見書作成日	令和　　年　　月　　日					

令和　　年　　月　　日

磐田市長

請求者（医療機関）所在地

名　称

代表者名　　印

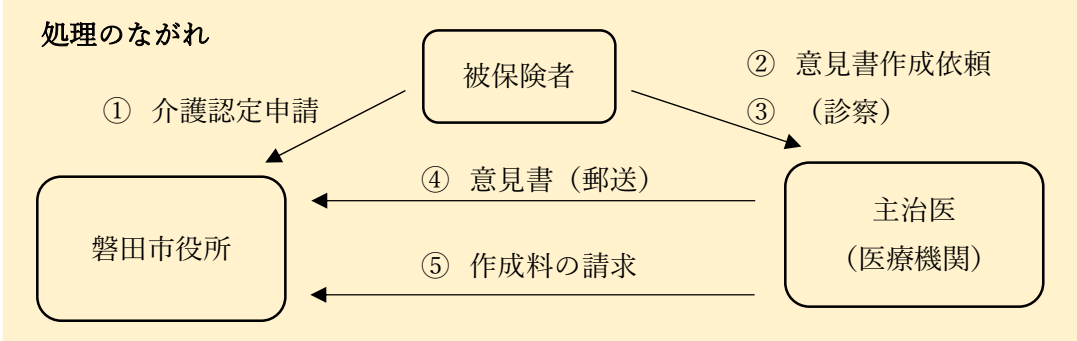
作成した主治医意見書作成料について、指定金融機関へ振り込みます。必要事項にご記入ください。

振込先	金融機関	銀行・信用金庫・農協　　支店		
	口座種別	普通　・　当座　・　別段	口座番号	
	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		

※磐田市内の医療機関は月毎に集計し、月別集計票添付の上、翌月 10 日までに送付してください。
※磐田市以外の医療機関は、意見書原本と併せて送付してください。

主治医意見書記載に関するお願い

介護認定申請日から原則 30 日以内に認定結果を通知しなければならない（介護保険法第 27 条第 11 項）ため、作成済の主治医意見書については速やかに送付していただくようお願いします。



主治医意見書記載時の注意事項

1 傷病に関する意見

・「(1)診断名」について、第 2 号被保険者は必ず特定疾病名をご記入ください。
・「(2)症状としての安定性」については、認定有効期間の延長（最大 36 か月）に係る重要な事項となりますので、適正にご記入ください。
・「(3)生活機能低下…」は、診断根拠等を必ずご記入ください。

3 心身の状態に関する意見

・「(2)認知症の中核症状」は、一次判定に反映される箇所です。主治医が評価した結果をご記入ください。

4 生活機能とサービスに関する意見

・「(2)栄養・食生活」のうち、食事行為は一次判定に反映される箇所です。
・「(4)サービス利用による生活機能…」は、認定有効期間の延長（最大 36 か月）に係る重要な事項となりますので、適正にご記入ください。

5 特記すべき事項

・記載漏れが多い箇所です。空欄または「前回と同じ」という記載では、適正な審査ができません。認定結果の判断材料として重要な箇所ですので、必ずご記入ください。

※その他

・被保険者番号が分かる場合は記入をお願いします。(欄外でも結構です)
・医師以外の者でもわかりやすいよう、英語や略語を用いた記載を避け、直筆の場合は判読可能な書体でご記入ください。また、全体にチェック漏れがないか、必ずご確認ください。

請求について

・月ごとにまとめて月別集計票を添付の上、翌月 10 日（必着）までに送付してください。
・磐田市外の医療機関は、主治医意見書郵送用の封筒に請求書を同封してください。
・請求書については、代表者印または代表者の苗字の印鑑を押印してください。また、金額は訂正できませんので、書き損じた場合は請求書を書き直してください。

（お問い合わせ）磐田市高齢者支援課介護保険グループ　℡０５３８（３７）４７６９

主治医意見書

記入日　　年　　月　　日

申請者	（ふりがな） 年　月　日生（　歳）	男・女	〒 連絡先　（　）

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名　　電話　（　）

医療機関名　　FAX　（　）

医療機関所在地

（1）最終診察日	年　月　日
（2）意見書作成回数	□初回　□２回目以上
（3）他科受診の有無	□有　□無 (有の場合)→□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 □ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 □歯科 □その他(　)

１．傷病に関する意見

（1）診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病については１．に記入）及び発症年月日

１．　発症年月日（　年　月　日頃）

２．　発症年月日（　年　月　日頃）

３．　発症年月日（　年　月　日頃）

（2）症状としての安定性　□安定　□不安定　□不明

（不安定とした場合、具体的な症状を記入）

（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

（最近（概ね６ヶ月以内）介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入）

２．特別な医療（過去 14 日以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容　□点滴の管理　□中心静脈栄養　□透析　□ストーマの処置　□酸素療法
□レスピレーター　□気管切開の処置　□疼痛の看護　□経管栄養

特別な対応　□モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）　□褥瘡の処置

失禁への対応　□カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）

３．心身の状態に関する意見

（1）日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)　□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2

・認知症高齢者の日常生活自立度　□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

（2）認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

・短期記憶　□問題なし　□問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力　□自立　□いくらか困難　□見守りが必要　□判断できない

・自分の意思の伝達能力　□伝えられる　□いくらか困難　□具体的要求に限られる　□伝えられない

（3）認知症の行動・心理症状（BPSD）　（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

□無　□有 → □幻視・幻聴　□妄想　□昼夜逆転　□暴言　□暴行　□介護への抵抗　□徘徊
□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□性的問題行動　□その他（　）

（4）その他の精神・神経症状

□無　□有 → 症状名：

〔専門医受診の有無 □有（　科） □無〕

（５）身体の状態

利き腕（□右 □左）　身長＝［　　］cm 体重＝［　　］kg（過去６ヶ月の体重の変化　□増加　□維持　□減少）

□四肢欠損　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□麻痺　□右上肢（程度：□軽 □中 □重）　□左上肢（程度：□軽 □中 □重）

□右下肢（程度：□軽 □中 □重）　□左下肢（程度：□軽 □中 □重）

□その他（部位：　　程度：□軽 □中 □重）

□筋力の低下　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　程度：□軽 □中 □重）

□関節の拘縮　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　程度：□軽 □中 □重）

□関節の痛み　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　程度：□軽 □中 □重）

□失調・不随意運動　・上肢 □右 □左　・下肢 □右 □左　・体幹 □右 □左

□褥瘡　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　程度：□軽 □中 □重）

□その他の皮膚疾患　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　程度：□軽 □中 □重）

４．生活機能とサービスに関する意見

（１）移動

屋外歩行	□自立	□介助があればしている	□していない
車いすの使用	□用いていない	□主に自分で操作している	□主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	□用いていない	□屋外で使用	□屋内で使用

（２）栄養・食生活

食事行為　□自立ないし何とか自分で食べられる　□全面介助

現在の栄養状態　□良好　□不良

→　栄養・生活上の留意点（　　）

（３）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他（　　）

→　対処方針（　　）

（４）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる　□期待できない　□不明

（５）医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）

□訪問診療　□訪問看護　□訪問歯科診療　□訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション　□短期入所療養介護　□訪問歯科衛生指導　□訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション　□老人保健施設　□介護医療院　□その他の医療系サービス(　　)

□特記すべき項目なし

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項（該当するものを選択するとともに、具体的に記載）

□血圧（　　）□摂食（　　）□嚥下（　　）

□移動（　　）□運動（　　）□その他（　　）

□特記すべき項目なし

（７）感染症の有無（有の場合は具体的に記入してください）

□無　□有（　　）　□不明

５．特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。