

介護保険 問診票

※介護保険課への提出は不要です

記入日	年 月 日		【問診票に関する問合せ先】 北九州市介護保険課認定審査係 電話：522-8718
ふりがな 本人の氏名			
記入者の 氏名	(ご本人の場合は、記入不要です)		続柄
身長	cm	利き腕	右 ・ 左
体重	kg	過去6カ月間の 体重の変化	増えた・変わらない・減った


※身長・体重は、おおよその数値で結構です。

1 現在、他の病院で診察や治療を受けている病気（歯科も含む）があれば、ご記入ください。

診療科目	病名	診療科目	病名
科		科	
科		科	

2 普段の生活について、あてまる口にレ印をつけてください。

1	日常生活に支障となるような具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	カッコ内 は医師 使用欄 (自立)	
2	一人で外出できますか	<input type="checkbox"/> バスや電車に乗り、遠くまで外出できる	<input type="checkbox"/> 近所なら外出できる		(J1)
	<input type="checkbox"/> できない				(J2)
3	※一人で外出できない方のみお答えください 付き添いがあれば、外出できますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何とかできる		(A1)
	<input type="checkbox"/> 全くできない				(A2)
	杖、歩行器などを使っていますか	<input type="checkbox"/> 使っていない	<input type="checkbox"/> 使っている		
4	※杖などを使っている方のみお答えください 杖や歩行器などはどこで使っていますか	<input type="checkbox"/> 屋内（家や施設の中）	<input type="checkbox"/> 屋外		
	<input type="checkbox"/> 屋内・屋外の両方				
	移動するために、車いすを使っていますか	<input type="checkbox"/> 使っていない	<input type="checkbox"/> 使っている		
5	※車いすを使っている方のみお答えください 車いすは、誰が操作していますか	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 他人		
	※車いすを使っている方のみお答えください 椅子から車いすへ自分1人で移れますか	<input type="checkbox"/> 移れる	<input type="checkbox"/> 移れない	(B1)	
6	寝返りを自分ですることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	(B2)	
7	食事自分で食べられますか	<input type="checkbox"/> 食べられる	<input type="checkbox"/> 誰かの助けが必要	(C1)	
	尿をもらすことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(C2)	
8	※尿をもらすことがある方のみお答えください オムツを使っていますか	<input type="checkbox"/> 使っていない	<input type="checkbox"/> 使っている		
	もの忘れはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(自立)	
9	自分の生活に関することを自分で決めることができますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	(I)	
	<input type="checkbox"/> 相談すればできる	<input type="checkbox"/> できない			
10	自分のして欲しいこと、欲しくないことを相手に伝えられますか	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> だいたいできる	(IV)	
	<input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない	<input type="checkbox"/> できない			

◆ 裏面もご記入ください  裏へ

（カッコ内
は医師
使用欄

3 次の行動や症状について、あてまる口にレ印をつけてください。

1	直前のことをすぐ忘れてしまうことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
2	道に迷ったり、買い物の支払いができなかったりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(II a)
3	薬を飲み忘れて、電話や来客の対応ができなかったりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(II b)
4	日中、着替えや食事、排尿、排便が上手にできず、時間がかかることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(III a)
5	夜間、着替えや食事、排尿、排便が上手にできず、時間がかかることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	(III b)
6	精神症状や認知症の症状があり、専門的な治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(M)
7	実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
8	物を盗られた等、実際になかったことをあったかのように言うことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
9	昼は寝ていて、夜に動き回ったり大声を出したりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
10	暴言を吐いたり、暴力を振るったりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
11	介護に抵抗したり、または拒否したりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
12	目的もなく歩き回ったり、外出したりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
13	タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
14	排泄後に便や尿を触ったり、まき散らしたりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
15	本来食べられないものを食べたり、口に入れたりすることがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
16	まわりが迷惑するような性的な言動がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	

4 からだの状態について、あてまる口にレ印をつけてください。

また、「ある」を選んだ場合は、部位をご記入ください。

1	まひ 麻痺や力が入らず、不自由なところがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位)
2	関節の動きが悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位)
3	関節の痛むところがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位)
4	床ずれ (じょくそう) がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位)

5 その他、困っていること等がありましたら、ご記入ください。

（ここに記入欄）