

「介護保険」主治医意見書のための問診票

ご本人様、ご家族様

以下の質問は、介護保険申請時に必要な「主治医意見書」作成のために参考にします。ありのまま正確に出来るだけ詳しくご回答ください。なお不確かなことは記入しないでください。

ご記入がご本人様、ご家族様で無い場合

大変申し訳ございませんが申請者様の状態をご記入くださいますようご協力をお願いします。

医療機関記入欄 長谷川試験 点 実施日

記入者氏名 続柄 記入日 2026年2月17日

ふりがな 〒
申請者 住所
男・女 誕生日(西暦) TEL

CM名・事業所 意見書完成時連絡先 自宅・自宅外Tel

1. 今回の介護保険申請について教えてください。更新・区分変更の場合は、現在の介護度を選択ください。(1/25)

新規 更新 区分変更 現在の介護度 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)

2. この半年間、他の診療科を受診されましたか？該当する口にレ印をつけてください。(2/25)

内科(循環器科、糖尿病科、呼吸器科、消化器科などを含む) 精神科 外科 整形外科 脳神経外科
 皮膚科 泌尿器科 婦人科 耳鼻咽喉科 眼科 リハビリテーション科 歯科
 その他() 受診無し

3. この6ヶ月間で入院したり、病状に変化はありましたか？該当を選択 (3/25)

病状は安定 病状は不安定 不明

(「病状は不安定」と答えた方)いつ頃から、どんな具合ですか？

頃(年月)から どの具合()

4. 過去14日以内に受けた医療で、該当する口にレ印をつけてください。(4/25)

点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法
 人工呼吸器 気管切開の処置 疼痛の看護(看護師により、湿布や外用薬の塗布、鎮痛薬の注射等)
 経管栄養(鼻や胃ろうからチューブを使った栄養摂取) 24時間以上の継続的モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)
 褥瘡(とこずれ)の処置(看護師による処置) 排尿・導尿の管等など(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

5. 日常生活の程度は次のどれに当たりますか？該当する口にレ印をつけてください。(5/25)

<input type="checkbox"/> 特に問題はない	O
<input type="checkbox"/> 交通機関(バス・電車)を利用して、かなり遠くまで外出できる。 ※公共交通機関を利用して、積極的にかなり遠くまで外出する場合は該当。	J1
<input type="checkbox"/> 隣近所なら一人で買い物や老人会の参加など外出する。 ※隣近所への買い物や老人会などへの参加など、町内の距離程度の範囲で外出する場合は該当。	J2
<input type="checkbox"/> 日中はベッドから離れて生活しており、誰かの介助があれば外出できる。 ※寝たり起きたりしているものの、食事、排泄、着替えはもとより、その他の日中時間もベッドから離れている時間が長い。介護者がいれば、その介助で比較的多く外出する場合は該当。	A1
<input type="checkbox"/> あまり外出しないで、日中は寝たり起きたりの生活をしている。 ※日中時間帯、寝たり起きたりの状態にあるものの、ベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいても、まれにしか外出しない場合は該当。	A2
<input type="checkbox"/> ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での日常生活には介助が必要。車椅子などに一人で、移動できる。 ※介助なしに車椅子に移乗し、食事や排泄もベッドから離れておこなう場合は該当。	B1
<input type="checkbox"/> ベッドに腰掛けたり座ることができるが、屋内での日常生活には介助が必要。車椅子などに一人で、移動できない。 ※介助のもと車椅子に移乗。食事、排泄も介護者の援助を必要。	B2
<input type="checkbox"/> 日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつことが、できる。 ※ベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変えることができる。	C1
<input type="checkbox"/> 一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で寝返りをうつことが、できない。 ※自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で臥床している場合は該当。	C2

6. 認知症についてお尋ねします。該当する口にレ印をつけてください。(6/25)

<input type="checkbox"/> 認知症はない。	O
<input type="checkbox"/> 物忘れなど軽い認知症はあるが、日常生活にはほぼ自立している。	I
<input type="checkbox"/> 道に迷う、買物や金銭の管理ができない、などの症状があるが、誰かが注意していれば自立できる。	II a
<input type="checkbox"/> 薬の管理や、電話や訪問者との対応ができないなど、一人で留守番ができない。	II b
<input type="checkbox"/> 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。徘徊などの症状により、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。日中を中心として症状が出ている。	III a
<input type="checkbox"/> 着替え、食事、排便、排尿などが上手にできない。徘徊などの症状により、日常生活に困難を来し、介護を必要とする。夜間を中心として症状が出ている。	III b
<input type="checkbox"/> 上記の多彩な症状により、常に目を離すことができない。常時介護を必要とする。	IV
<input type="checkbox"/> せん妄、妄想、興奮など著しい精神症状や問題行動があり、専門医の治療を必要とする。	M

7. 理解と記憶について、該当する口にレ印をつけてください。(7/25)

- 物忘れがありますか？(同じ事を繰り返して言う事) はい いいえ
- 日常の意思決定を行うための認知能力(自分で判断できるか)はどの程度ですか？
 - 自立(毎日する事を自分で判断して、計画できる)
 - いくらか困難(新しい課題や状況に直面した時のみ判断に多少の困難がある)
 - 見守りが必要(毎日の日程を一人でこなすのが困難)
 - 判断できない
- 自分の意思の伝達の力は(表現したり伝えたりする能力)
 - 伝えられる
 - いくらか困難(考えをまとめたり、適当な言葉を選ぶのに時間がかかる)
 - 具体的要求に限られる(飲食、睡眠、トイレなどの意志を伝える程度)
 - 伝えられない(ジェスチャーやサインなどで、家族のみが解る程度)

8. 認知症の行動・心理症状として次のような症状がありますか？該当する口にレ印等をつけてください。(8/25)

<input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状はなし
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴(人や物がいないのに見えたり、聞こえたりする)
<input type="checkbox"/> 妄想(お金や物を盗られたと言ったりする) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 火の不始末
<input type="checkbox"/> 介護者への抵抗(介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない)
<input type="checkbox"/> 異食行動(食べられない物を口にすると) <input type="checkbox"/> 不潔行為(便をいじる、汚染した下着を不適切な処理をする)
<input type="checkbox"/> 徘徊(ウロウロ動き回ること) <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()

9. 精神・神経症状の有無について、該当する口にレ印等をつけてください。(9/25)

<input type="checkbox"/> 精神・神経症状なし
<input type="checkbox"/> 失語(言葉が出なかったり、物の名前を言えなかったりすることがある)
<input type="checkbox"/> 構音障害(ろれつが回らず聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> せん妄(錯覚や幻覚、落ち着きのない状態。夜間に悪化)
<input type="checkbox"/> 傾眠傾向(一日中ウトウトしている) <input type="checkbox"/> 失見当識(自分の家やトイレの場所、季節などが分らない)
<input type="checkbox"/> 失認(物や空間・音などを正しく認知できない。用具を勘違いして扱うなどもある)
<input type="checkbox"/> 失行(目的にかなった動作ができなかったり、間違えて別の動作になるなど)
専門医の診察を受けましたか？受けていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 受診科名を()

10. 身体の状態について、該当する口にレ印をつけてください。(10/25)

利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 身長 ()cm 体重 ()kg 測定日
過去6ヶ月間の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少
四肢欠損はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:)
麻痺はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(左右上下肢などで選択) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他(部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
筋力の低下はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
動きが悪くなった関節は？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
関節の痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
不安定な動き手足の震え？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右体幹 <input type="checkbox"/> 左体幹
床ずれはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
皮膚疾患はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

11. 移動についてお尋ねします。該当する口にレ印をつけてください。(11/25)

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖か歩行器 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> していない
車椅子の使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具（杖・老人車など）・装具の使用（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用

12. 栄養・食生活についてお尋ねします。該当する口にレ印をつけてください。(12/25)

食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面的に介助している
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
→栄養・食生活上の留意点（	）

13. 最近(ここ半年程度の間)に)次のようなことがありましたか？

該当する口にレ印をつけてください。(13/25)

<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下（むくみ・息切れ・動機・立ちくらみ）
<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 栄養不良	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 食べ物がうまく飲み込めない
<input type="checkbox"/> 風邪や膀胱炎などの感染症	<input type="checkbox"/> がん等による痛み	<input type="checkbox"/> その他（	）	

14. 介護サービスで注意する事があれば、該当する口にレ印をつけ具体的に記入してください。(14/25)

血圧について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	（	）
摂食について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	（	）
飲み込みについて	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	（	）
移動について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	（	）
運動について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	（	）
その他	（		

15. 現在次のような医学管理を受けていますか？該当する口にレ印をつけてください。(15/25)

<input type="checkbox"/> 医師の往診	月	回程度
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 週3回以上	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 週3回以上	
<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週3回 <input type="checkbox"/> 週4回 <input type="checkbox"/> 週5回 <input type="checkbox"/> 週6回	
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 月2回	
<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 月2回	
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	（老人保健施設、療養型病院でのショートステイ）半年に	
	週間程度	
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	月	回程度
<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	月	回程度
<input type="checkbox"/> その他	（	

16. 現在利用している在宅サービスは何ですか？また今後希望されるサービスは何ですか？

該当する口にレ印をつけ利用回数を記入してください。(16/25)

	現在		今後希望するサービス
<input type="checkbox"/> ホームヘルパー	週	回	→ 週
<input type="checkbox"/> デイサービス	週	回	→ 週
<input type="checkbox"/> ショートステイ	月	回	→ 月
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	週	回	→ 週
<input type="checkbox"/> 配食サービス	週	回	→ 週
<input type="checkbox"/> その他	（		→ （

17. 家族構成について、該当する口にレ印をつけ、必要事項を記入してください。(17/25)

<input type="checkbox"/> ひとり暮らし			
<input type="checkbox"/> 夫婦のみの世帯			
<input type="checkbox"/> その他の同居者がいる	同居人	続柄	年齢
		孫	人

同居者がある場合右欄にご記入ください。

18. 住居について、該当する口にレ印をつけてください。(18/25)

お住まいは	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> アパート(借家) <input type="checkbox"/> 借間
建物は	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅
お部屋は	<input type="checkbox"/> 1階にある <input type="checkbox"/> 離れにある <input type="checkbox"/> 2階以上にある

19. 日常生活動作の状況について、該当する項目の口にレ印をつけてください。(19/25)

事項	自立	一部介助	全面介助	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレでできる。夜間は、おむつを使用する。	<input type="checkbox"/> 常時おむつを使用しており、交換にも全て介助が必要。	
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ・失禁パンツを使用している。		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自分で入浴できるが、洗う時だけ介助を要する。	<input type="checkbox"/> 自分で入浴できないので、全て介助しなければならない。	
		<input type="checkbox"/> 浴槽の出入りに介助を要する。		<input type="checkbox"/> 特殊浴槽を使用している。
		<input type="checkbox"/> 見守りだけで入浴できる。		<input type="checkbox"/> 清拭を行っている。
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手を貸せば着脱できる。	<input type="checkbox"/> 自分で着脱できないので、全て介助しなければならない。	
		<input type="checkbox"/> 声掛けがあれば着脱できる。		

20. 使用している福祉用具等で、該当する口にレ印をつけてください。(20/25)

電動ベッド エアマット 車いす スロープ 補装具 手すり (廊下 浴室 トイレ)
 移動用リフト 離床センサー 補装具 一本杖 多点杖 手押し車 その他 ()

21. 内服薬の管理について、該当する口にレ印をつけてください。(21/25)

自分で医師の指示どおりに飲める。
 前もって飲む薬が用意されていれば自分で服薬できる(お薬カレンダーを使用している)。
 自分では全く服薬できない。

22. 家事について、該当する口にレ印をつけてください。(22/25)

調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
清掃	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

23. 金銭の管理について、該当する口にレ印をつけてください。(23/25)

自分でできる(家計費、家賃、請求書の支払い、銀行での用事など)。
 日常の買い物は管理できるが、大きな買い物や銀行へは付き添いが必要。
 金銭を扱うことができない。

24. 移動外出について、該当する口にレ印をつけてください。(24/25)

自動車を運転したり、電車・バスを利用して外出することができる。
 タクシーを自分で頼んで外出できるが、電車やバスは利用できない。
 付き添いがあれば電車やバスを利用し外出できる。
 付き添われてタクシーや自動車以外出できる。
 全く外出することができない。

25. 最近特に悪くなったと感じるところや、ご本人をとりまく環境の変化があれば自由に記載してください。その他、ご不自由なことやお困りのことがありましたら、お書きください。(25/25)



ご記入いただき誠にありがとうございました。