

施設入所・介護サービス利用診断書用 問診票

記載日 令和 年 月 日	記載者名			
フリガナ	性別	男性・女性	年齢	歳
名前	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	
住所	〒 ー		介護度	要支援 1・2
電話番号				要介護 1・2 3・4・5
現在入所中の施設名 (入所中の方のみ)				申請中
診断書提出予定先 (入所予定の方のみ) ※不明であれば空欄可				

① 現在治療している病気がある方はお答え下さい。 【主病名】

[発症年月日 年 月 日頃]	[発症年月日 年 月 日頃]
[発症年月日 年 月 日頃]	[発症年月日 年 月 日頃]
[発症年月日 年 月 日頃]	[発症年月日 年 月 日頃]

② 今までに治療や手術を受けた病気と時期をお答え下さい。 【既往歴】

[]

③ 治療経過と治療内容について教えてください。

[]

④ 処方薬がある方は、薬剤名を書いて下さい。 ※お薬手帳などのコピー添付可

[]

⑤ 記載者が福祉・介護関係者の方の場合のみ記入をお願いします。 ※こちらの記載があれば⑥は省略可

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

⑥ 記載者がご家族様の場合のみ下記もお答えください。
※ ⑤の記載がある場合は⑥の記載は省略可

質問項目	質問項目					
自分で意思決定し自立している	はい	いいえ		はい		いいえ
公共機関を利用して外出している	はい	いいえ	家庭外で買い物や金銭管理、道に迷うなど出来ないことが出てきた	はい		いいえ
近所へ外出をしている	はい	いいえ	家庭内で服薬管理や電話応対、訪問者の対応など出来ないことが出てきた	はい		いいえ
外出時は何かしら人の介助が必要	はい	いいえ	主として日中に着替えが出来なかつたり失禁があるなど、介護を要する	はい		いいえ
外出の頻度が少なく寝ていることが多い	はい	いいえ	主として夜間に着替えが出来なかつたり失禁があるなど、介護を要する	はい		いいえ
車いすを使用している	はい	いいえ	日常に支障がある程度意思疎通の困難さがある	はい		いいえ
車いすへの移動は介助が必要	はい	いいえ	妄想や興奮状態など常に精神的な不安定さがある	はい		いいえ
日中はベッドから離れて食事をする	はい	いいえ		はい		いいえ
自分で寝返りがうてる	はい	いいえ		はい		いいえ