

主治医意見書①

0305

市区町村
コード

07461

対象者番号

調査回目

回

管理市町村
コード

医師番号

申請日

年 月 日

記入日

年 月 日

申請者	(ふりがな)		男・女	〒	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)				
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。					
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない					
医師氏名					
医療機関名					
医療機関所在地					
電話 ()					
FAX ()					
(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	有の場合	☐ 内科	☐ 精神科	☐ 外科
	☐ 無		☐ 整形外科	☐ 脳神経外科	☐ 皮膚科
☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 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名については 1. に記入)及び発症年月日				
	1. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日 頃)				
	2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日 頃)				
	3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日 頃)				
2 特別な医療	(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、具体的な状況を記入)				
3 心身の状態に関する意見	(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〕				
	(過去14日間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 心身の状態に関する意見	(3) 認知症の周辺症状(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 ()					
3 心身の状態に関する意見	(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 () ☐ 無]				

0316

市区町村コード

対象者番号 □□□□□□□□□□

記入日 年 月 日

3	(5) 身体の状態 利き腕（ ☐ 右 ☐ 左）身長= <input style="width: 50px;"/>	cm	体重= <input style="width: 50px;"/>	kg（過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少）
	☐ 四肢欠損（部位： <input style="width: 100px;"/>)			
	☐ 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： <input style="width: 100px;"/> 程度： ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）		
	☐ 筋力の低下（部位： <input style="width: 100px;"/> 程度： ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重） ☐ 関節の拘縮（部位： <input style="width: 100px;"/> 程度： ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重） ☐ 関節の痛み（部位： <input style="width: 100px;"/> 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： <input style="width: 100px;"/> 程度： ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重） ☐ その他の皮膚疾患（部位： <input style="width: 100px;"/> 程度： ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重）			
4	(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 ☐ 屋内で使用する			
	(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・食生活上の留意点 (<input style="width: 100px;"/>)			
	(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(<input style="width: 100px;"/>) →対処方針(<input style="width: 100px;"/>)			
	(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 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 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 ☐ その他の医療系サービス (<input style="width: 100px;"/>)			
	(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 ☐ 特になし ☐ あり (<input style="width: 100px;"/>) ・移動 ☐ 特になし ☐ あり (<input style="width: 100px;"/>) ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり (<input style="width: 100px;"/>) ・運動 ☐ 特になし ☐ あり (<input style="width: 100px;"/>) ・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり (<input style="width: 100px;"/>) ・その他 (<input style="width: 100px;"/>)			
	(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい) ☐ 無 ☐ 有 (<input style="width: 100px;"/>) ☐ 不明			
5	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。（情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）			
	特記すべき事項			

情報開示希望 ☐ 有 ☐ 無