

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
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	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

①おむつを使用した当該年に作成されたものであること。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害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) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 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日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 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
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <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
(2) 理解および記憶
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> が必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられ <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事 <input type="checkbox"/> 自立ない <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()

②「B1~C2」(寝たきり)であること。

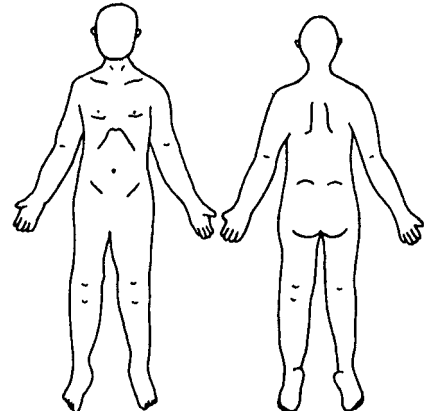
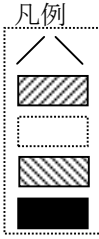
(4) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 体重= kg 身長= cm

- 四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
- その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)
- 関節の拘縮
 - ・肩関節 右 左
 - ・肘関節 右 左
 - ・腕関節 右 左
 - ・膝関節 右 左
 - ・股関節 右 左
 - ・腰関節 右 左
- 失調・不随意運動
 - ・上肢 右 左
 - ・下肢 右 左
 - ・体幹 右 左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
 - 心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
- 対処方針 ()

③「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。

(2) 医学的管理の必要性

- 訪問診療 訪問栄養食事指導
- 訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
- 訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
- 通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス（入浴サービス、訪問介護等）における医学的観点からの留意事項

- ・ 血圧について 特になし あり ()
- ・ 嚥下について 特になし あり ()
- ・ 摂食について 特になし あり ()
- ・ 移動について 特になし あり ()
- ・ その他 ()

(4) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。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。）