主治医意見書			記入日年_	月日	主治医意見書			記入	B	年	月 日	
	ふりがな)	男 〒 -			(ふり	がな)		∓ −				
申請者		•			申請者		-					
明	・大・昭 年 月 日生(歳)	→ 女 連絡先	()		明・大	• 昭 年 月	日生(歳)	連絡先()			
	する意見は以下の通りです。				上記の申請者に関する	6意見は以下の通りです。			-		自筆署名	
	意見書が介護サービス計画作成等に利用され	ることに 口同意する	る。 □同意しない。	0		見書 が介護サービス計画作成			□同意	しない。	」 □ 軍者名 必要です	
医師氏名 医療機関名		電話 ()		医療機関名		←白嬰腯います	電話	(- 必安() 1	
医療機関所在地		FAX ()	_	医療機関所在地			FAX	()		
(1) 最終診察日	3 年 月	日			(1)最終診察日	年	月	 В				
(2) 意見書作成	回数 □初回 □2回目以上				(2) 意見書作成回数	□初回 □2回目以上				-		
	□有 □無					□有 □無						
(3) 他科受診の	有無 (有の場合)→□内科 □精神科 □外科 □帰人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □				(3) 他科受診の有無			整形外科 □脳神経外科		斗 □泌原	尿器科	
1 佐奈に即士		コリハビリアーション作す 口 困 作	口での他(,	. <i>In th</i> 1 - 88 - 1 - 7 - 7		」 斗鼻咽喉科 □リハビ	ツテーション科 口歯科 口そ	の他()	
1. 傷病に関す	<u>る 息 見</u> 定疾病または生活機能低下の直接の原因となっ	っている傷病名について	は1. に記入) 及び発	全症年月日	1. 傷病に関する意	<u> </u>	「接の原因となってし) ス傷症タについては1	(= #2 X)	乃75祭	症年日日	
1.	発症年			日頃)	1.	<u>州</u> なたは <u>土冶 放祀 8 「 </u>	発症年月日			月	日頃)	
	発症年			日頃)	2.		発症年月日			月	日頃)	
				,	<u> </u>							
3.				日頃)	3.		発症年月日 			月	日頃)	
(2)症状としての	②安定性 □ □ 歩 場合、具体的な状況を記入〕	定 □不安定	□不明		(2)症状としての安定	E性 、具体的な状況を記入)	□安定	□不安定	□不明			
(10) 10) (10) (10) (10) (10) (10) (10) (<u>・ヶ月以内)介護に影響のあったもの</u> 及び <u>特定疾</u>	からに フェ・ビーなって のり あらけい クル	TREAT COLUMN			直接の原因となっている傷 以内) 介護に影響のあったも						
	(過去14日間以内に受けた医療のすべて)			arter N.L.	2 特別か医療 (過去14日間以内に受けが	ト圧痰のオベケにチ・	T W (2)				
特別な対応 失禁への対応	□点滴の管理 □中心静脈栄養 □レスピレーター □気管切開の処置 □モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) □カテーテル(コンドームカテーテル、留置カ	□疼痛の看護 □経管 □褥瘡の処置	ーマの処置 □酸素 栄養	殊 社	<u>処置内容</u> □点 □レ <u>特別な対応</u> □モ	滴の管理 □中心静	神脈栄養 口流 関開の処置 口流 酸素飽和度等) 口流	透析 □ストーマ 疼痛の看護 □経管栄養 褥瘡の処置		□酸素療	接法	
3. 心身の状態					3. 心身の状態に関	月する音目						
(1)日常生活の ・障害高齢者の日	目立度寺について 常生活自立度(寝たきり度) □自立 □J1	□J2 □A1 □A2	□B1 □B2 □C1	□C2	(1)日常生活の自立							
・認知症高齢者の		・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										
(2) 認知症の中・短期記憶	核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合 □問題なし □問題					・認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □ I □ IIa □ II b □ III a □ III b □ 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)						
A THE PLANT	□問題なし □問題 定を行うための認知能力 □自立 □いく	(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										
・自分の意思の	伝達能力 □伝えられる □いく	くらか困難 口具体的要素	・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									
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (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: □右 【 □公担・幻聴 □ □ 京根 □ □ 尿液逆転 □ 墨言 □ 墨行 □ 公離への抵抗 □ □ 役御 (3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (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												
□無□□ □大の不始末□ □不潔行為□異食行動□性的問題行動□その他(□無□□有 □知・幻聴□□妄想□□昼夜逆転□暴言□□暴行□□介護への抵抗□□徘徊												
(4) その他の精□無 □有		専門医受診の有無	□有 ()	□無〕	(4) その他の精神・	神経症状						
					□無 □右 〔症±	F名·]	専門医受診の有無 □有	() /	[1111]	

改 正 前

改正後

(5)身体の状態	(5)身体の状態
利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □減少)	利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □減少)
□四肢欠損 (部位:)	□四肢欠損 (部位:)
□麻痺 □右上肢(程度:□軽 □中 □重) □左上肢(程度:□軽 □中 □重)	□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)	□右下肢(程度:□軽 □中 □重) □左下肢(程度:□軽 □中 □重)
□その他(部位: 程度:□軽 □中 □重)	□その他(部位: 程度:□軽 □中 □重)
□筋力の低下 (部位:	□筋力の低下 (部位:程度:□軽 □中 □重)
□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)	□関節の拘縮 (部位:程度:□軽 □中 □重)
□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)	□関節の痛み (部位:
□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左	□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
□褥瘡 (部位:	□褥瘡 (部位:程度:□軽 □中 □重)
□その他の皮膚疾患(部位:	□その他の皮膚疾患(部位:程度:□軽 □中 □重)
4. 生活機能とサービスに関する意見	4. 生活機能とサービスに関する意見
(1)移動	(1)移動
屋外歩行	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
単いすの使用 □用いていない □土に自分で操作している □土に他人が操作している □土に他人が操作している □上に他人が操作している □屋内で使用 □屋内で使用	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
(2)栄養・食生活	歩行補助具・装具の使用(複数選択引) □用いていない □座外で使用 □座内で使用 □座内で使用 (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	(2)末食・良生活 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	現在の栄養状態 □良好 □不良
→ 栄養・食生活上の留意点(→ 栄養·食生活上の留意点 (
(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	(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	□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() → 対処方針 ()	□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 () → 対処方針 ()
→ 対処刀((4))サービス利用による生活機能の維持·改善の見通し	→ 対処方針 () (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	□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。)	(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 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導	□訪問診療 □訪問看護 □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	□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 □老人保健施設 □企態医療院 □その他の医療系サービス()
□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス () () サービス () ()	□ □ 団 団 カ
(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()・移動 □特になし □あり()・	(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項(該当するものを選択するとともに 具体的に記載)
・血圧 □特になし □あり()・移動 □特になし □あり(・摂食 □特になし □あり()・運動 □特になし □あり(・嚥下 □特になし □あり()・その他(
・嚥下 □特になし □あり()・その他 ()	□血圧() □摂食() □機下() □移動() □を動() □ で ()
(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)	□特記すべき項目なし
□無□有((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(
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。	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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留音点を含い 記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求い
どちらかに〇をつけて下さい。	記載しているい。接続、介護に要する手面に影響を及ばす事項について記載しているい。なお、専門医寺に別述息見を水た場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や暗案者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いて
認定結果通知の送付 要・不要 (未記載の場合は「不要」とします) 居宅サービス計画書の交付 要・不要 (未記載の場合は「要」とします)	結構です。)
	どちらかに○をつけて下さい。
	認定結果通知の送付 要・不要 (未記載の場合は「不要」とします)
	居宅サービス計画書の交付 要・不要 (未記載の場合は「不要」とします)
	日内ル フシュコ 本事の ナバン 「上の林」
	居宅サービス計画書の交付は、未記載の
	「要」→「不要」に変更いたします。

(令和3年度 改訂版)