

申請受付番号

帳票番号 2 1

保険者番号 4 2 3 9 1 3

被保険者番号

主治医意見書

記入日 5 令和 年 月 日

申請者 (フリガナ) 男・女 〒 生年月日 (歳) 連絡先

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等に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名(自署) 医療機関名 医療機関所在地 電話 FAX

(1)最終診察日 5 令和 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 無 (有の場合)→ 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 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・平・令 年 月 日頃) 2. 発症年月日(昭・平・令 年 月 日頃) 3. 発症年月日(昭・平・令 年 月 日頃) (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)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)

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 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 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 II a 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) 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)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目すべてにチェック: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 } (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(科) 無]

申請受付番号

帳票番号

2 2

保険者番号 4 2 3 9 1 3

被保険者番号

(5) 身体の状態

Body status form including height, weight, and various physical conditions like limb weakness, paralysis, and skin diseases.

4. 生活機能とサービスに関する意見

Opinion form regarding living functions and services, covering mobility, nutrition, medical management, and infection status.

5. 特記すべき事項

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意点を含め記載して下さい。

Large text area for special notes and a checkbox for providing information on the care certification results.