



差替
☐

被保険者番号

<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

申請者

(ふりがな)

--	--

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。

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

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	<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. 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 () 年 月 日頃)
2.	発症年月日 () 年 月 日頃)
3.	発症年月日 () 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	<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"/> レスプレーター	<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)		<input type="checkbox"/> じょくそうの処置		
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) 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)

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<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 ()		

(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

記入例

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



様式管理番号
意2021-1



(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)

☐ 四肢欠損 (部位:)

☐ 麻痺

<input type="checkbox"/> 右上肢	(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	<input type="checkbox"/> 左上肢	(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 右下肢	(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	<input type="checkbox"/> 左下肢	(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他	(部位: <input type="text"/> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		

☐ 筋力の低下 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 失調・不随意運動

・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
---	---	---

☐ じょくそう (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 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

(1) 移動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

(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
 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良
 → 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

<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他()		

→ 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

(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ください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()		<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし

(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）

<input type="checkbox"/> 血圧 （ ）	<input type="checkbox"/> 摂食 （ ）	<input type="checkbox"/> えん下（ ）
<input type="checkbox"/> 移動 （ ）	<input type="checkbox"/> 運動 （ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし		

(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 () ☐ 不明

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。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。（情報提供書や障害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も結構です。）