○「要介護認定等の実施について」の一部改正について

改　正　後 (新)	改　正　前 (旧)

主治医意見書

記入日　平成　年　月　日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭　年　月　日生(　歳)	男・女	〒　－ 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　　電話　(　)
医療機関所在地　　FAX　(　)

(1) 最終診察日	平成　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　□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(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 (　) }

(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]

主治医意見書

記入日　平成　年　月　日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭　年　月　日生(　歳)	男・女	〒　－ 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　□同意する。　□同意しない。

医師氏名
医療機関名　　電話　(　)
医療機関所在地　　FAX　(　)

(1) 最終診察日	平成　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　□安定　□不安定　□不明

(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し　□改善　□不変　□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	□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
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)　□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
・痴呆性老人の日常生活自立度　□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

(2) 理解および記憶
・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
・食事　□自立ないし何とか自分で食べられる　□全面介助

改　正　後 (新)	改　正　前 (旧)

（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 □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：　　程度：□軽 □中 □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 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
□褥瘡 （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 □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

（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
□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（　　）

（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 □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（　　）

（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（　　）
・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（　　）

（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

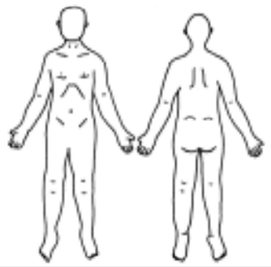
5．特記すべき事項
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお，専門医等に別途意見を求めた場合はその内容，結果も記載して下さい。（情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）

（3）問題行動の有無（該当する項目全てチェック）
□有 □無
（有の場合） →□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）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 ・股関節 □右 □左
・肘関節 □右 □左 ・膝関節 □右 □左
□失調・不随意運動・上肢 □右 □左 ・体 幹 □右 □左
・下肢 □右 □左

凡例



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（　　）

（2）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）
□訪問診療 □短期入所療養介護 □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ご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。）