

主治医意見書②

0336

市区町村コード

対象者番号

記入日 年 月 日

3 心身の状態に関する意見	(5) 身体の状態 利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長= <input type="text"/> cm 体重= <input type="text"/> kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)	
	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: <input type="text"/>)	
	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: <input type="text"/> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: <input type="text"/> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: <input type="text"/> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: <input type="text"/> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: <input type="text"/> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	4 生活機能とサービスの関係に関する意見	(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 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 →栄養・食生活上の留意点 (<input type="text"/>)		
(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"/> 褥瘡 <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 (<input type="text"/>) →対処方針 (<input type="text"/>)		
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 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。) <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="text"/>) <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="text"/>) <input type="checkbox"/> 摂食 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 嚥下 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 移動 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 運動 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) <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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 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。) ②枠内の文言を削除	