

主治医意見書

施設に入院・入所している場合は、施設名・所在地・電話番号を記入してください。

記入日 平成 年 月 日

意見書の完成日を記入してください。

申請者	(ふりがな)	男 女	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

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 () _____

パソコンや、ゴム印を使用した場合は、医師の印、若しくは医師名のみ自署をお願いします。

「有」の場合は、必ずその診療科をチェックしてください。同一医療機関でも同様です。他科受診の必要性をチェックするものではありません。

(1) 最終診察日	平成 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 (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)

①「1.」の傷病名には、65 歳以上の第 1 号被保険者については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を、40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。複数ある場合は、より主体であると考えられる傷病を優先してください。

②特定疾病とは、介護保険施行令第 2 条で定める 16 の特定疾病を指します。(別添 2、別添 3 参照)

③平成 31 年 2 月 19 日付、厚生労働省老健局老人保健課事務連絡において、「要介護認定等の申請時に『末期がん』であることの確認をする必要はない。」とされました。よって、特定疾病に該当するか介護認定審査会で判断する際、主治医意見書を基に判断しますので、より重要となります。

(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)

上記 (1) で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について、該当する項目をチェックしてください。脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。

(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 1 4 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"/> レスピレーター	<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"/> 褥瘡の処置		
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)				

申請者が過去 1 4 日間に受けた看護職員等が行った診療補助行為 (医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む) について該当する項目をチェックしてください。「医師でなければ行えない行為」、「家族/本人が行える類似の行為」は含まれません。なお、上記 1 2 項目以外の医師が行った治療行為は含まれません。

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)
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]

(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 ()

現在あるかまたは今後概ね6カ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する項目にチェックしてください。

(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 ()

①医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、該当するサービスをチェックしてください。特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。
 ②平成30年度の介護保険制度の改正により、「看護職員の訪問による相談・支援」が削除されました。

(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。)

①要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡素に記入してください。

②介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し判定しています。したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、申請者の状態やそのケアに係る介護の手間、頻度等の具体的な内容についても記載してください。

要介護認定結果の情報提供を希望 する しない