

主治医意見書

【様式4-2】

記入日

〇〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな) たなか しょうきち	男・女	〒 〇〇 - 〇〇〇
	田中 正吉		C市D〇番地〇
	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生 (96 歳)		連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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。

医師名	E	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
医療機関名	E医院	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
医療機関所在地	C市F〇番地〇		

(1) 最終診察日	〇〇年〇月〇日
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有りの場合) → <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 (特定疾病又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. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成 〇年 〇月 〇日頃)	
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) 病状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 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又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)〕
50歳頃から上記診断にて加療中。内服にて状態は落ち着いている。

アムロジピン (5) 1T 1× 朝 イルベサルタン(100) 1T 1× 朝

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療の全てにチェック)

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)

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)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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 ☐ 異食行為 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()

(4) その他精神・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)
☒筋力低下 (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

屋外移動 ☐自立 ☒介助があればしている ☐していない
車いすの移動 ☒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(独居のため栄養の偏りが心配される)

(3) 現在あるかまたは今後発生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 (内服の継続) ・移動 ☐特になし ☒あり (転倒に注意)
・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。)

長谷川式= 点 (年 月施行) (前回 点 年 月施行)

非常に高齢だが、高血圧以外目立った疾患はみられない。認知症の妻と2人暮らしであったが、妻が特養に入所したことに伴い独居となった。加齢によるものと思われる両下肢の機能低下が進行している。非常に高齢であり、介護サービスの支援は必要と考えられる。

※介護認定結果の通知を依頼します。