

市町村コード

被保険者番号

帳票ID

34202

Grid for insurance number

651

呉市 介護保険主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

Applicant information form including name, gender, birth date, and contact info.

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名

医療機関名

電話 ()

医療機関所在地

FAX ()

Final visit date, number of reports, and other medical specialties.

1. 傷病に関する意見

Diagnosis and onset date section with 3 numbered lines.

Symptom stability section with checkboxes for stable, unstable, or unclear.

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

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)

Special medical care section with checkboxes for various treatments like drip management, dialysis, etc.

3. 心身の状態に関する意見

ADL section with checkboxes for independence levels of dementia patients.

Cognitive symptoms section with checkboxes for memory, decision-making, and communication.

Behavioral and psychological symptoms (BPSD) section with checkboxes for various behaviors.

Other mental/neurological symptoms section with checkboxes for presence/absence.

あてはまる項目をチェック [] [] してください。

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6カ月の体重の変化 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 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス (_____)
- 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

- 血圧 (_____) 摂食 (_____) 嚥下 (_____)
- 移動 (_____) 運動 (_____) その他 (_____)
- 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、介護に要する時間に影響を及ぼす事項について記載してください。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。