このような点線の下線がつく文字列は
印刷時表示されません（隠し文字）

申請区分

認定申請年月日

被保険者番号

帳票ID

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  | ２ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ３ | ０ | １ | ４ |

|  |
| --- |
| (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 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない行うための認知能力・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 (有の場合)→ [ ] 火の不始末 [ ] 不潔行為 [ ] 異食行動 [ ] 性的問題行動 [ ] その他(テキストを入力 ) |

※機械で読み取るため
□内に✔印を記入してください

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

３．心身の状態に関する意見

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）

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）

|  |
| --- |
| (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．傷病名を入力（特定疾病についてはリストから選択可） 発症年月日(元号 年 月 日頃)２．傷病名を入力（特定疾病についてはリストから選択可） 発症年月日(元号 年 月 日頃)３．傷病名を入力（４つ以上ある場合、(3)に記載） 発症年月日(元号 年 月 日頃) |
| (2) 症状としての安定性（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入） [ ] 安定 [ ] 不安定 [ ] 不明 |
| ここをクリックしてテキストを入力（「不安定」の場合・**必須**） |
| (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〕ここをクリックしてテキストを入力 |

１．傷病に関する意見

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （ふりがな）ふりがな | **性別選択** | 〒郵便番号 |
| 氏　名 | 申請者住所　入院・入所中の場合施設住所2行まで入力可 |
| 元号 年 月 日生( 歳) | 連絡先 電話番号 |
| 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 医師名は原則自署してください。入力する場合は押印必須。 電話 ここをクリックしてテキストを入力医療機関名 ここをクリックしてテキストを入力 FAX ここをクリックしてテキストを入力医療機関所在地 ここをクリックしてテキストを入力 |
| (1) 最終診察日 | 日付を選択(直接入力も可) [ ] 入院中 [ ] 施設(嘱託医等） [ ] 施設(非嘱託医) [ ] 在宅 |
| (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␣[ ] 耳鼻咽頭科␣[ ] ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科␣[ ] 歯科␣[ ] その他（テキストを入力 ） |

主治医意見書

１／２ページ

２桁´´

全角数字６桁´´´´´´

全角数字７桁＿´´´´´´´

記入日 プルダウンから日付を選択（直接入力も可）

あ

**□**の中の三角形をクリックし、自立度の判定ガイドを表示・非表示**→**

寝たきり度展開ボタンガイド　アンカー配置用段落（段落ごと隠し文字設定）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の判定の流れ　画像挿入アウトラインレベル１↓

（画像アンカー配置段落）↑

出典：一般社団法人日本公衆衛生協会
「主治医意見書記入マニュアル（平成18年2月）」21p

http://www.jpha.or.jp/sub/menu04\_5.html

認知自立度展開ボタンガイド　アンカー配置用段落　（段落ごと隠し文字設定）アウトラインレベル１↓↑

認知症高齢者の日常生活自立度の判定の流れ　画像挿入アウトラインレベル１↓

図 障害高齢者の日常生活自立度判定ガイド（画像アンカー配置段落）

出典：一般社団法人日本公衆衛生協会
「主治医意見書記入マニュアル（平成18年2月）」22p

http://www.jpha.or.jp/sub/menu04\_5.html

↑

[ ]

[ ]

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。）

ここをクリックしてテキストを入力

|  |
| --- |
| (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（テキストを入力 ） |
| (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(テキストを入力 )→対処方針(テキストを入力 ) |
| (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[ ]  訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ [ ]  短期入所療養介護 [ ]  訪問歯科衛生指導 [ ]  訪問栄養食事指導[ ]  通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ [ ]  老人保健施設 [ ]  介護医療院 [ ]  その他の医療系サービス（テキストを入力 ）[ ] 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）[ ] 血圧（テキストを入力 ）[ ] 摂食（テキストを入力 ）[ ] 嚥下（テキストを入力 ）[ ] 移動（テキストを入力 ）[ ] 運動（テキストを入力 ）[ ] その他（テキストを入力 ）[ ] 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（テキストを入力 ）[ ] 不明 |

|  |
| --- |
| (4) その他の精神・神経症状[ ] 無 [ ] 有→症状名：テキストを入力 〔専門医受診の有無␣[ ] 有( テキストを入力科)␣[ ] 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：任意選択（右・左・両） 選択・直接入力（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：テキストを入力 程度：[ ] 軽␣[ ] 中␣[ ] 重）[ ] 筋力の低下 （部位：任意選択（右・左・両） 選択・直接入力（部位） 程度：[ ] 軽␣[ ] 中␣[ ] 重）[ ] 関節の拘縮 （部位：任意選択（右・左・両） 選択・直接入力（部位） 程度：[ ] 軽␣[ ] 中␣[ ] 重）[ ] 関節の痛み （部位：任意選択（右・左・両） 選択・直接入力（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：任意選択（右・左・両） 選択・直接入力（部位） 程度：[ ] 軽␣[ ] 中␣[ ] 重）[ ] その他の皮膚疾患 （部位：テキストを入力 程度：[ ] 軽␣[ ] 中␣[ ] 重） |

４．生活機能とサービスに関する意見

２桁´´

全角数字６桁´´´´´´

全角数字７桁＿´´´´´´´

申請区分

認定申請年月日

被保険者番号

帳票ID

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  | ２ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ３ | ０ | ２ | ５ |

２／２ページ

隠し文字設定段落

１ページ目で入力した被保険者番号、認定申請年月日、申請区分が自動で印刷されます