

改正後（障害支援区分）

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス等利用計画の作成に 当たって 利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(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	<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（障害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）

入院歴（直近の入院歴を記入）

1. 昭和・平成 年 月～ 年 月（傷病名： _____）

2. 昭和・平成 年 月～ 年 月（傷病名： _____）

(2) 症状としての安定性 不安定である場合、具体的な状況を記入。
特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容

現行（障害程度区分）

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(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（障害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）

入院歴（直近の入院歴を記入）

1. 昭和・平成 年 月～ 年 月（傷病名： _____）

2. 昭和・平成 年 月～ 年 月（傷病名： _____）

(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）

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
（精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載）

改正後（障害支援区分）

2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報 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)
(2) 四肢欠損 (部位:)
(3) 麻痺 右上肢 (程度: □軽 □中 □重) 左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
(4) 筋力の低下 (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(5) 関節の拘縮 肩関節 右 (程度: □軽 □中 □重) 左 (程度: □軽 □中 □重)
(6) 関節の痛み (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(7) 失調・不随意運動 上肢 右 (程度: □軽 □中 □重) 左 (程度: □軽 □中 □重)
(8) 褥瘡 (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(9) その他の皮膚疾患 (部位:) 程度: □軽 □中 □重

(※現行の「3. 心身の状態に関する意見」を分割して項目を新設)

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害 □昼夜逆転 □暴言 □自傷 □他害 □支援への抵抗 □徘徊
(2) 精神症状・能力障害二軸評価 精神症状評価 □1 □2 □3 □4 □5 □6
(3) 生活障害評価 食事 □1 □2 □3 □4 □5 生活リズム □1 □2 □3 □4 □5
(4) 精神・神経症状 □意識障害 □記憶障害 □注意障害 □遂行機能障害
(5) てんかん □週1回以上 □月1回以上 □年1回以上

(※現行の「3. 心身の状態に関する意見」を分割して項目を新設)

(※現行の「5. その他特記すべき事項」内の「精神症状の機能評価」を移動)

現行（障害程度区分）

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
(2) 精神・神経症状の有無
(3) 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)
(4) 四肢欠損 (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(5) 麻痺 □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
(6) 筋力の低下 (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(7) 関節の拘縮 □肩関節 □右 (程度: □軽 □中 □重) □左 (程度: □軽 □中 □重)
(8) 関節の痛み (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(9) 失調・不随意運動 上肢 □右 (程度: □軽 □中 □重) □左 (程度: □軽 □中 □重)
(10) 褥瘡 (部位:) 程度: □軽 □中 □重
(11) その他の皮膚疾患 (部位:) 程度: □軽 □中 □重

改正後（障害支援区分）

4. 特別な医療（現在、定期的あるいは頻回に受けている医療）

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 管理
	<input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう）	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置（回数 回/日）	<input type="checkbox"/> 間歇的導尿	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）			
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）			

5. サービス利用に関する意見

- (1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
- | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿失禁 | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 | <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 | <input type="checkbox"/> 腸閉塞 |
| <input type="checkbox"/> 易感染性 | <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 | <input type="checkbox"/> 疼痛 | <input type="checkbox"/> 脱水 | <input type="checkbox"/> 行動障害 | <input type="checkbox"/> 精神症状の増悪 |
| <input type="checkbox"/> けいれん発作 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
- 対処方針（ ）
- (2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項
- 血圧について（ ）
- 嚥下について（ ）
- 摂食について（ ）
- 移動について（ ）
- 行動障害について（ ）
- 精神症状について（ ）
- その他（ ）
- (3) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入）
- 有（ ） 無 不明

6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的なご意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。（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。）

現行（障害程度区分）

2. 特別な医療（現在、定期的、あるいは頻回に受けている医療）

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（胃ろう）	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置（回数 回/日、 <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的）				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）				
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）				

4. サービス利用に関する意見

- (1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
- | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿失禁 | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 | <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 | <input type="checkbox"/> 腸閉塞 | <input type="checkbox"/> 易感染性 |
| <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 | <input type="checkbox"/> 痛み | <input type="checkbox"/> 脱水 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
- 対処方針（ ）
- (2) 介護サービス（ホームヘルプサービス等）の利用時に関する医学的観点からの留意事項
- ・血圧について 特になし あり（ ）
- ・嚥下について 特になし あり（ ）
- ・摂食について 特になし あり（ ）
- ・移動について 特になし あり（ ）
- ・その他（ ）
- (3) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）
- 有（ ） 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。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。）

〈精神障害の機能評価〉

- 精神症状・能力障害二軸評価：（精神症状； 能力障害； ）〈判定時期 平成 年 月〉
- 生活障害評価：（食事； 生活リズム； 保清； 金銭管理； 服薬管理； 対人関係； 社会的適応を妨げる行動； ）〈判断時期 平成 年 月〉