

医療情報(主治医意見書を参考に記入して下さい。)

医師氏名 _____	医療機関名 _____	最終診察日 年 月 日
------------	-------------	-------------

1.傷病に関する意見

(1)診断名	1. _____	発症生年月日 (年 月 日頃)
	2. _____	発症生年月日 (年 月 日頃)
	3. _____	発症生年月日 (年 月 日頃)

(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)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

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 レスビレーター
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)

3.心身の状態に関する意見

(1)障害高齢者の日常生活自立度 _____ 認知症高齢者の日常生活自立度 _____

(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 見守りが必要 判断できない

(3)認知症の周辺症状(該当する項目を全てチェック: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 異食更衣 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)
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 易感染症 がん等による疼痛 その他 ()
 →対処方法 ()

(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(特に必要性が高いものには下線を引いてください。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 看護職員の訪問による相談・支援 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 () ・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