

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-1	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input checked="" 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 checked="" 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. 頸髄損傷 (第6~7頸髄)	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
2. 神経因性膀胱・腎盂腎炎	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
3. 坐骨部褥瘡(右)	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 腎盂腎炎)	()
2. 昭和・平成 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 褥瘡)	()

(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)
尿路感染を起こし、発熱を繰り返している。

(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
平成〇年〇月〇日、スキーで転倒、緊急入院(頸椎前方固定術)。〇月に退院し、居宅生活。
〇年〇月、腎盂腎炎を併発。〇〇泌尿器科受診し、以後、同院で化学療法の内服治療を受けている。なお、神経因性膀胱のため、平成〇年〇月に膀胱瘻を造設した。
〇年の〇月に右の坐骨部褥瘡(車椅子による)を来し、保存的に治療しているが完治しない。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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 checked="" 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) <input checked="" 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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害(短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= 170cm 体重=65kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: 感覚麻痺。腋窩より下位でT2レベル 程度:軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度:軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

褥瘡 (部位: 右坐骨部、左踵部 程度:軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 膀胱瘻部の皮膚のただれ 程度:軽 中 重)

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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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 (自力での排便が難しいので便秘にならないよう飲食に注意する)

・移動について 特になし あり (起立性低血圧があるので急に体位を変換せず、徐々に慣らしていくことが必要。打撲・圧迫・擦過創等は褥瘡となりやすい)

・その他 (皮膚の観察が必要) ()

(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。)

妻と中学生の息子と3人暮らし。頸椎脱臼による四肢麻痺で身障手帳1級。障害共済年金。

知覚障害があり、骨折しても気づかないほどである。皮膚の状態に注意していないと、容易に褥瘡を発症する。また、自力排便が無いため、適宜、摘便や浣腸などの処置が必要。妻がある程度処置を行うが、妻への支援も必要であると考えられる。

<〇〇泌尿器科からの意見>

膀胱瘻のカテーテルがつまると微熱が続いたりします。水分摂取量や尿量についてチェックする必要があります。

<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)

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-2	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input checked="" 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 checked="" 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. 頭部外傷 (後遺症)	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)

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月	(傷病名: 頭部外傷後四肢麻痺、廃用症候群 (であると推測される))
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

平成〇年〇月〇日、テトラポットから転落し、頭部打撲。〇〇病院に入院、急性硬膜下血腫との診断で血腫除去手術施行。術後、四肢麻痺、構音障害、嚥下障害等残存、同年〇月〇日～平成〇年〇月〇日まで入院。以降、在宅療養。その後、体重増加、関節可動域制限悪化等あり、時々リハビリテーション目的で入院していた。平成〇年〇月〇日より現住所へ転居に伴い、平成〇年〇月〇日、当院通院を希望し、当科初診。重度の痙性四肢麻痺あり、右上肢のみわずかに随意性を認め、電動車椅子を自力で操作可能であるが、他のADLは食事が部分的に自立以外は全介助。右眼は盲、左眼は視野狭窄あり。重度の構音障害あり、聞き取りはできるが声出しは筆談。現在当科にて外来リハビリテーション中。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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 checked="" 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) <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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=178cm 体重=58kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: 体幹 程度:軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度:軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: 両手・両足関節-右中等度、左重度)

関節の痛み (部位: _____ 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 (外来リハビリテーションにて訓練、指導。(通所も行っている)、他院泌尿器科通院)

(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 (食形態に配慮要)

・摂食について 特になし あり (視力・視覚障害、四肢麻痺あり完全自力は困難、時により相当の介助を要す)

・移動について 特になし あり (四肢麻痺で筋緊張強いため自力は不可能。移動等介助する際も注意を要する。自宅ではリフト利用している。)

・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。)

- ・平成〇年、身体障害者手帳(1種1級)取得。
- ・四肢麻痺あり、仰臥位では除皮質肢位となる。随意的自動運動は著しい筋緊張、共同運動、連合反応その他の異常反射に妨げられ、右上肢にブルンストローム・ステージで4相当の動きを認める他は、機能的には廃用レベルである。
- ・構音障害は重度であり、初対面では殆ど聞き取れない。家族でも理解困難のこと多く、表出は筆談に頼っている。また、嚥下障害も概ね中等度認められ、服薬の際はアイソトニックゼリーを使用し全介助。食事もトロミなどの配慮を要する状態である。

<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)

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-3	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 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 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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. 特発性側湾症 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

小児期から側湾症があり、何回か手術を受けている。
側湾症による体幹および両下肢の機能障害があり、腰骨部痛、両下肢痛、両下肢筋力低下により、歩行困難である。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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 checked="" 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) <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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(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)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 両下肢 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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 (独力では困難)

・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ど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。)

痛み、筋力低下によるADL障害があるが、精神神経上の問題は全くない。

<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)

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-4	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input checked="" 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 checked="" 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. 両眼先天性緑内障 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 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 <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) 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 両眼先天性緑内障にて両眼失明である。眼圧の上昇による疼痛のため、点眼、内服薬加療中である。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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) <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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無
<input type="checkbox"/> 有 (症状名) <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(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)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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 (視覚障害のため、介助が必要) ()

・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ど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。)

両眼完全失明のため、生活全般に対して介助が必要な状態です。

<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; 1 能力障害; 4) <判定時期 平成○年○月>

○生活障害評価: (食事; 1 生活リズム; 1 保清; 4 金銭管理; 1 服薬管理; 1

対人関係; 1 社会的適応を妨げる行動; 1) <判断時期 平成○年○月>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-5	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 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 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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. 視神経萎縮 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

視神経萎縮のため視力低下をきたし、日常生活にも支障を起こしている。字を含め小さい物はほとんど見えず、自転車にも乗ることができない。
身の回りのことは何とかできる状態です。
高血圧があるため、当院で治療中。また耳鳴りがひどく、耳鼻科も受診しています。
高血圧は降圧剤投薬して 132-160/88-98 と落ち着いています。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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
レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 (胃ろう)
吸引処置 (回数 回/日, 一時的 継続的)

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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=163cm 体重=60kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (程度:軽 中 重)

その他 (部位:両足首 程度:軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度:軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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 (歩行のみできる。本人のみではあまり遠くへは行けない。)

・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ど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。)

視力低下があり、字も読めず、小さい物の判別はできない。食事、入浴、着衣など生活については周りの援助が必要である。

<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; 1 生活リズム; 1 保清; 2 金銭管理; 1 服薬管理; 1

対人関係; 1 社会的適応を妨げる行動; 1) (判断時期 平成〇年〇月)

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-6	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 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 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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. 肢帯型筋ジストロフィー 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

35歳頃から、歩様の異常。自転車に乗れなくなる。
○年頃から上肢挙上困難。○年から杖歩行。
○年○月、当院整形外科から神経内科紹介受診。四肢近位筋力低下あり。○○病院にて入院精査し、筋生検にて肢帯型筋ジストロフィーの診断。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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
レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 (胃ろう)
吸引処置 (回数 回/日, 一時的 継続的)

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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(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)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 四肢 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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 (長距離は車椅子)

・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ど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。)

在宅生活は限界の印象。

<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>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-7	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 checked="" 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 checked="" 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. 大脳基底核変性症 発症年月日 (昭和)・平成 〇年 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) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 胃ろう交換目的)
2. 昭和 (平成) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 胃ろう造設目的)
(2) 症状としての安定性 <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) 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 左手の不随意運動で発症。小児科で経過観察後、平成〇年より当科受診。 四肢麻痺、嚥下障害あり。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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 checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input checked="" 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) <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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無
<input type="checkbox"/> 有 (症状名) <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(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)

四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)

→ 対処方針 (定期通院、介護 _____)

(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 (胃ろうからの経管栄養 _____)

・摂食について 特になし あり (_____)

・移動について 特になし あり (全介助 _____)

・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。)

四肢麻痺があり、全介助が必要 (神経内科を受診中)。
嚥下困難があり、胃ろうからの経管栄養が必要。誤嚥性肺炎予防のため、吸引処置も必要である。コミュニケーションは目の動きやわずかな体の動きで何とか可能であるが、非常に困難になってきている。

<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>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-8	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 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 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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. 脳血栓 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 日頃)
2. 脳梗塞 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
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) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 脳梗塞)
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
平成〇年〇月に左半身の痺れあり。脳血栓と診断され入院。平成〇年〇月、呂律が廻らなくなり脳梗塞と診断され、〇〇病院に入院。
現在はバファリンを中心とし、その他睡眠薬、胃薬等を処方している。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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) <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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=161cm 体重=50.5kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: 程度:軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 右上肢・下肢 程度:軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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 (時にむせることあり)

・摂食について 特になし あり ()

・移動について 特になし あり (時々杖を使用)

・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ど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。)

独居生活をしているので、食事の準備等でもままならないでいる。

<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>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-9	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 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 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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. 脳出血後遺症 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
2. 変形性脊椎症 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 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) 〇年 月～ 年 月 (傷病名:胆石症)
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

平成〇年に脳出血にて右不全片麻痺(顔面を含む)。視床痛の後遺症が残存する。
杖、装具使用にて自立歩行可能であるが、不安定で状況により転倒のリスクが高いと考えられる。
右上肢は全廃に近く、日常生活においても介助を要する場面がある。
痛み(視床痛)についても状況により日常生活の妨げになる場合もある。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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
レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養(胃ろう)
吸引処置(回数 回/日, 一時的 継続的)

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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害(短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=161cm 体重=72.2kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: 程度:軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 両下肢 程度:軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 (歩行時には装具、杖の使用を要する。)

(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 (血圧上昇時に入浴サービスは受けられない)

・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 (転倒防止に留意)

・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。)

右不全片麻痺の症状は強いが、自立歩行は可能な程度である。

今後、廃用、転倒等による骨折等にて、ADL低下をきたすリスクが高いと考える。

廃用防止のために通所のリハビリテーション、転倒防止のため、身の回りの環境の整備を要する。

<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)

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-10	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()

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 同意する。 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 checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input checked="" 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 checked="" 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. 慢性腎不全 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)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和・平成) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 慢性腎不全)
2. 昭和・平成) 年 月 ~ 年 月 (傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <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) 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 慢性腎不全のため、週3回4時間の人工透析を施行している。 時に腎臓部の痛みを訴えることがあり、抗生剤にて改善する。 脳底動脈の著明な蛇行により、めまい、頭痛を訴えることがある。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、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 checked="" 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)		<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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無
<input type="checkbox"/> 有 (症状名) <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=173cm 体重=63kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 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ど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。)

慢性腎不全のため、今後週3回通院し、人工透析を受ける必要がある。現在のところ一人暮らしではあるが、精神状態は正常であり、きちんとした日常生活を送り、良好な透析生活を送っていると考えている。一人暮らしのため、体調が悪くなったりした時、食事や身の回りの事が難しくなる可能性がある。その点、ご配慮下さいますようお願い致します。

<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; 1 _____ 生活リズム; 1 _____ 保清; 1 _____ 金銭管理; 1 _____ 服薬管理; 1 _____

対人関係; 1 _____ 社会的適応を妨げる行動; 1 _____) (判断時期 平成〇年〇月)