

医師意見書(大村市障害支援区分認定審査用)

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	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	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"/> 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"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <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 (年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (年 月 日頃)
入院歴(直近の入院歴を記入)	
1. 年 月～ 年 月	(傷病名:)
2. 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・難病については病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	

2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報	利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
(2) 四肢欠損	(部位: _____)
(3) 麻痺	右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(4) 筋力の低下	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)
(5) 関節の拘縮	肩関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 肘関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 股関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 膝関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(6) 関節の痛み	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)
(7) 失調・不随意運動	上肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 体幹 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 下肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(8) 褥瘡	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(9) その他の皮膚疾患	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 自傷	<input type="checkbox"/> 他害	<input type="checkbox"/> 支援への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 危険の認識が困難	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 性的逸脱行動	<input type="checkbox"/> その他 ()	
(2) 精神症状・能力障害二軸評価 (判定時期 年 月)						
精神症状評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
能力障害評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
(3) 生活障害評価 (判断時期 年 月)						
食事	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	生活リズム <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
保清	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	金銭管理 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
服薬管理	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	対人関係 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
社会的適応を妨げる行動	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
(4) 精神・神経症状						
<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<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"/> その他の認知機能障害		<input type="checkbox"/> 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)			
<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> その他 ()			
専門科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無				
(5) てんかん						
<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 年1回以上				

4. 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"/> 関断的導尿
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<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)			

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)						
<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明				

6. その他特記すべき事項 ※必ずご意見等を記入してください。

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。)

--