

介護保険主治医意見書依頼時の情報提供書 (金沢市医師会)

記入年月日 20 年 月 日

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター		
記入者名		
連絡先	TEL :	FAX :

今回の申請 (新規 更新 変更) ・ 現在の介護度 ()

氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳)
同居者： 無 有	同居者名 (続柄)
主な介護者	主な介護者名 (続柄)

現在通院している医療機関名

	医療機関名	科名
1		
2		
3		
4		

1. 最近の様子について

- () 安定していた
() 変化した 【悪化 回復】

具体的に

2. 認知症について

認知症 【有 疑い 無】 : BPSD 【有 無】

具体的な症状

HDS-R や MMSE などの検査の必要性 【有 無】

3. 体重について

現在 kg 【変化なし・減った・太った・むくんだ・測定していない】

4. 服薬状況について 【良好 他】

他の状況

5. 口腔内ケアの状態 【良い 普通 悪い】

かかりつけ歯科医

6. 介護上特に困っていること、今後悪化すると思われること

例：状態の悪化・介護者の負担が大きい・認知症の進行 など

◎ 一番最近のケアプランを持参ください。

本人同意欄(自署)	(同意日 20 年 月 日)
自著できない場合 代筆者氏名(自署)	(続柄)