医師意見書

記入日　平成　　年　　月　　日

申請者	（ふりがな） 明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）	男・女	〒　　ー 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等利用計画の作成に当たって利用されることに　□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	□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．　　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

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）
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）
（4）筋力の低下　（部位：　　程度：□軽　□中　□重）
（過去６ヶ月の症状の変動　□改善　□維持　□増悪）
（5）関節の拘縮
肩関節　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）
股関節　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：　　程度：□軽　□中　□重）
（6）関節の痛み　（部位：　　程度：□軽　□中　□重）
（過去６ヶ月の症状の変動　□改善　□維持　□増悪）
（7）失調・不随意運動
上肢　右（程度：□軽　□中　□重）　左（程度：□軽　□中　□重）
体幹　（程度：□軽　□中　□重）
下肢　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）

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
□危険の認識が困難　□不潔行為　□異食　□性的逸脱行動　□その他（　　）

（２）精神症状・能力障害二軸評価　〈判定時期　平成　　年　　月〉

精神症状評価　□１　□２　□３　□４　□５　□６
能力障害評価　□１　□２　□３　□４　□５

（３）生活障害評価　〈判断時期　平成　　年　　月〉

食事	□１	□２	□３	□４	□５	生活リズム	□１	□２	□３	□４	□５
保清	□１	□２	□３	□４	□５	金銭管理	□１	□２	□３	□４	□５
服薬管理	□１	□２	□３	□４	□５	対人関係	□１	□２	□３	□４	□５
社会的適応を妨げる行動	□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
□社会的行動障害　□その他の認知機能障害　□気分障害（抑うつ気分、軽躁／躁状態）
□睡眠障害　□幻覚　□妄想　□その他（　　）
専門科受診の有無　□有（　　）　□無

（５）てんかん

□週１回以上　□月１回以上　□年１回以上

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　□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　□疼痛の管理
□経管栄養（胃ろう）　□喀痰吸引処置（回数　　回／日）　□間歇的導尿
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）

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

□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　□疼痛　□脱水　□行動障害　□精神症状の増悪
□けいれん発作　□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。）