

ID

申請番号

0 1 5

Application number grid

長崎市主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

Applicant information: フリガナ, 性別, 生年月日, 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

Final visit date, number of opinion book creation, and other specialties consulted.

1. 傷病に関する意見

1. 傷病に関する意見: 診断名, 発症年月日, 入院歴, 症状としての安定性, 障害の直接の原因

2. 身体の状態に関する意見(\*がついている項目は一次判定に必要なため必須入力です)

2. 身体の状態に関する意見: 利き腕, 身長, 体重, 四肢欠損, 麻痺, 筋力の低下, 関節の拘縮, 関節の痛み, 失調・不随意運動, 褥瘡, その他の皮膚疾患

0 1 6

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見(\*がついている項目は一次判定に必要なため必須入力です)

(1)行動上の障害  無  有  
 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  性的逸脱行為  その他 ( )

(2)精神症状・能力障害二軸評価(\*) <判定時期 令和 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(\*) <判定時期 令和 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為  
 1  2  3  4  5

(4)精神・神経症状  無  有  
 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 ( )  
 専門家受診の有無  有 ( )  無

(5)てんかん(\*)  
 無  有  週1回以上  月1回以上  年1回以上 注 2年に1回、数年に1回おこる場合もチェックをして下さい。

## 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  無  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)  
 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処処方針  無  有  
 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 ( )  
 処処方針 ( )

(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して下さい)  
 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。)