

## 【主治医意見書記載に関する留意点】

記載漏れ・内容不明・最終診察日等について、再確認させていただいています。

提出前に、記載漏れがないか確認をお願いします。

「5. 特記すべき事項」がない場合はその旨記載し、空欄がないようにお願いします。

★1 記入日 令和 年 月 日

80

# 主治医意見書

※ 被保険者番号

★2

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	-
	明・大・昭 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、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 ★4				
医師氏名(自署)		★3手書き		
医療機関名		電話 ( )		
医療機関所在地		FAX ( )		
(1) 最終診察日	令和 年 月 日	★5		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 ★6			
(3) 他科受診の有無	<input 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 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 「記入日」

正しい提出日になっているか、提出前に再確認してください。

意見書ソフト等を使用して作成の場合は、前回提出日のままになっていることがあります。

## ★2 「被保険者番号」

介護保険主治医意見書提出依頼書に記載している10桁の被保険者番号を1、2枚目とも記入してください。

## ★3 「医師名(自署)」

医師本人による自署をお願いします。

意見書ソフト等の使用により氏名が打ち出されている場合は、その横に手書きで記入してください。

## ★4 「介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄」

どちらかに必ずチェックしてください。

「同意する」にチェックした場合は、介護サービス計画作成等に主治医意見書が利用されます(申請者の同意があった場合に限る)。

「同意しない」にチェックした場合は、開示されません。

※介護認定審査会の資料として利用することの同意ではありません。

## ★5 「最終診察日」

最終診察日は申請者を最後に診察した日付を記入してください。

長期間(2~3か月以上)診察していない場合や、意見書を作成するにあたって改めて診察を行う方が望ましい場合は、区役所保健福祉課介護保険担当にご連絡ください。

## ★6 「意見書作成回数」

意見書を作成する医師にとっての作成回数を記入してください。更新申請であっても、申請者について初めて作成する場合は、「初回」にチェックしてください。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下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・令和	年	月	日頃)	
2. _____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年	月	日頃)	
3. _____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年	月	日頃)	
(2) 症状としての安定性 <input 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) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]						

(1) 「診断名」

65歳以上の第1号被保険者は、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を記載してください。  
**40歳以上65歳未満の第2号被保険者は、生活機能低下の直接の原因となっている特定疾病名を「(1) 診断名1.」に、また、その診断の根拠等を(3)に必ず記載してください。** 医師以外の審査会委員にも分かりやすいように、英語や略語の使用は避けてください。

(2) 「症状としての安定性」

**必ず記入**してください。

「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について判断してください。  
 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪気等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を記載してください。例えば、進行性のがんで、急激な悪化が見込まれる場合については「5. 特記すべき事項」ではなく、本項に記載することが望まれます。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明な場合は「不明」を選択してください。特に精神疾患患者にあっては、可能な限り日頃の状況を把握している者に立会を求め、症状の変動についての情報にも留意する。

(3) 「生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」

申請者の生活機能低下の直接の原因となっている傷病に関して、介護に係わる事項を中心に最近6ヶ月以内の状況、または特定疾病についてはその診断根拠を記載してください。投薬内容についても、羅列するのではなく、介護への関わりを整理した記載をお願いします。

また、意識障害がある場合には、その内容についても具体的に記載してください。

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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	看護職員等が行った診療補助行為にチェック(医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む)	
	<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		
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)					

「医師でなければ行えない行為」、「家族/本人が行える類似の行為」は含まれません。  
 専門的な医療依存度の有無を推測するだけでなく、一次判定結果の確認・修正を行う際、介護時間に直接影響する重要な項目の1つとなっていますので、チェックをお願いします。

### 3. 心身の状態に関する意見

<b>(1) 日常生活の自立度等について</b> ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
<b>(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）</b> ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない	
<b>(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD)（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>(4) その他の精神・神経症状</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ 科) <input type="checkbox"/> 無	
<b>(5) 身体の状態</b> 利き腕 (□右 □左) 身長 = <input type="text"/> cm 体重 = <input type="text"/> 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) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	

#### (1) 「日常生活の自立度等について」

判定基準を参考にして**必ず記入**してください。(P. 14～P19. 参照)

- ・遷延性の意識障害等（意思疎通が困難）で、認知症高齢者の日常生活自立度が**判断不能である場合は、Mにチェックをつけ**、「1. (3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の欄に具体的な内容を記入してください。
- ・自立はそれぞれ「全く障害を有しない者」「全く認知症を有しない者」となっています。**認知症のない場合は、自立にチェック**してください。

#### (2) 「認知症の中核症状」（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

**必ず記入**してください。

「認知症の中核症状」は、要介護認定の一次判定に反映されます。

認知症以外の疾患で同様の症状が認められる場合も、該当する項目をチェックしてください。

#### (5) 「身体の状態」

体重・身長・・・介護の手間を考える指標となりますので、**できるだけ記入**をお願いします。寝たきり等で測定困難な際は、おおよその数値を記入してください。また、過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する項目をチェックしてください。

褥瘡・・・「2. 特別な医療 褥瘡の処置」をチェックした場合は、その部位や程度等について、この欄に記入してください。