

主治医意見書の様式変更について

(1) 手書き作成の場合（別添参照）

主治医意見書の**赤枠内**のコード記入箇所が新たに追加されました。ただし**赤枠内**は保険者により入力しますので、記載不要です。

その他の箇所は従来どおりで変更ございません。

変更様式は、依頼書と併せて、各保険者からお送りします。

(2) 手書き以外（電子入力等）の場合

電子カルテ等、各医療機関独自のシステムで作成している場合は、引き続きご利用いただけます。

(3) その他

・阿久根市又は北薩広域行政事務組合のホームページから「主治医意見書入力用PDFフォーム」を、ダウンロードできますので、ぜひご活用ください。

・上記(1)及び(2)、いずれの場合でも、可能な限り、A4両面での提出をお願いします。

〈旧様式 表面〉

主治医意見書 (提出用)		記入日 令和 年 月 日	
申請者	(ふりがな)	男	女
明・大・期 年 月 日 生 (歳)		連絡先 ()	
上記の申請書に関する意見は以下のとおりです。 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。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日 令和 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"/> 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. 傷病に関する意見			
(1) 診断名 (認定疾患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 日頃)			
2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 日頃)			
3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 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治療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認定疾患についてはその診断の根拠等について記入)			
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"/> 通気 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター装着 (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 (カテーテル、留置カテーテル、留置カテーテル等)			
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について ・療養高齢者の日常生活自立度(最たき度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <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"/> II <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M			
(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) ・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"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPDS) (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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊			
(4) その他の精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (症状名) 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()			

〈旧様式 裏面〉

(5) 身体の状態	
利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 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 (部位:)	
<input type="checkbox"/> 右腕 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左腕 (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	
4. 生活機能とサービスに関する意見	
(1) 移動 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いている <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している 歩行補助具・杖の使用 (補助器具) <input type="checkbox"/> 用いている <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋内で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用	
(2) 栄養・食生活 食事行為 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立しない何と自分で食べられる <input type="checkbox"/> 不具合 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不具合 → 栄養・食生活上の留意点 ()	
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とそれの対応方針 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心臓機能の低下 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 → 対応方針 ()	
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明	
(5) 医学的必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを記載するとともに、具体的に記述) <input type="checkbox"/> 血圧 () <input type="checkbox"/> 血糖 () <input type="checkbox"/> 呼吸 () <input type="checkbox"/> 心動 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患	
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明	
5. 特記すべき事項 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を 含め記載して下さい。特に、介護を受ける手続に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付 して頂いても結構です。)	
長谷川氏 = 点 (令和 年 月) (前回 点 (年 月))	

〈新様式 表面〉

主治医意見書		20201	
保険者コード	被保険者番号	医師	記入日
277		年 月 日 生 (歳)	年 月 日
連絡先 ()		連絡先 ()	
上記の申請書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。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日 令和 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"/> 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. 傷病に関する意見			
(1) 診断名 (認定疾患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 日頃)			
2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 日頃)			
3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 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治療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認定疾患についてはその診断の根拠等について記入)			
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"/> 通気 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター装着 (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 (カテーテル、留置カテーテル、留置カテーテル等)			
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について ・高齢者の日常生活自立度(最たき度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <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"/> II <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M			
(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) ・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"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPDS) (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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊			
(4) その他の精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (症状名) 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()			

〈新様式 裏面〉

氏名		20202	
保険者コード	被保険者番号	医師	記入日
277		年 月 日 生 (歳)	年 月 日
連絡先 ()		連絡先 ()	
上記の申請書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。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日 令和 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"/> 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. 傷病に関する意見			
(1) 診断名 (認定疾患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 日頃)			
2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 日頃)			
3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 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治療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認定疾患についてはその診断の根拠等について記入)			
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"/> 通気 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター装着 (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 (カテーテル、留置カテーテル、留置カテーテル等)			
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について ・高齢者の日常生活自立度(最たき度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <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"/> II <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M			
(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) ・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"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPDS) (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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 身体症状 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間の徘徊			
(4) その他の精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (症状名) 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()			
4. 生活機能とサービスに関する意見			
(1) 移動 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いている <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している 歩行補助具・杖の使用 (補助器具) <input type="checkbox"/> 用いている <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋内で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用			
(2) 栄養・食生活 食事行為 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立しない何と自分で食べられる <input type="checkbox"/> 不具合 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不具合 → 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とそれの対応方針 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心臓機能の低下 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 <input type="checkbox"/> 認知失調 → 対応方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明			
(5) 医学的必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを記載するとともに、具体的に記述) <input type="checkbox"/> 血圧 () <input type="checkbox"/> 血糖 () <input type="checkbox"/> 呼吸 () <input type="checkbox"/> 心動 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器系疾患			
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明			
5. 特記すべき事項 要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を 含め記載して下さい。特に、介護を受ける手続に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付 して頂いても結構です。)			
長谷川氏 = 点 (令和 年 月) (前回 点 (年 月))			