

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 P D F 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、A 4 両面での提出をお願いします。

別添

〈旧様式 表面〉

〈新様式 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 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	平 <input type="checkbox"/> 一 <input checked="" type="checkbox"/>	
明 大 现 年 月 日 生 (歳)		道路光 ()		
上記の申請者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 checked="" 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 近 症 察 日 令 和 年 月 日				
(2) 意見書作成回数 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上				
(3) 他科受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は) □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 (特生疾患または生活機能低下の直後の原因となっている既往疾患については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 checked="" 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) 生活機能低下の直後の原因となっている傷病または特定疾患の経緯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既往歴についてはその診療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)				
専用箇所				
□点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 運搬 <input type="checkbox"/> ローストマの使用 <input type="checkbox"/> 離液療法				
□レビューター <input type="checkbox"/> 腹膜透析の允否 <input type="checkbox"/> 心肺の看護 <input type="checkbox"/> 経営栄養				
特別な対応 <input type="checkbox"/> モニタリング (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 病勢の変遷 <input type="checkbox"/> 病状の変遷				
緊急への対応 <input type="checkbox"/> カナルテ (コントロームカテーテル、留置カテーテル等)				
3. 心身の状態に関する意見				
(1) 日常生活の自立度について				
- 驚異高齢者の日常生活自立度(従事させたきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
- 認能能高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV				
(2) 説話中の心身状況 (説話以外の医療で同様の症状を認めた場合も含む)				
- 短暫記録 <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"/> ○くらかず困難 <input type="checkbox"/> ○見守りが必要 <input type="checkbox"/> ○判断できない				
- 日常の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> ○伝えられる <input type="checkbox"/> ○くらかず困難 <input type="checkbox"/> ○具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> ○伝えられない				
(3) 説話中の行動・心身状況 (BPSD) (該当する項目全てチェック) <input type="checkbox"/> 説話以外の医療で同様の症状を認めた場合も含む)				
- 暴行 <input type="checkbox"/> ○自己傷害 <input type="checkbox"/> ○想入妄想 <input type="checkbox"/> ○吐嚥過誤 <input type="checkbox"/> ○暴言 <input type="checkbox"/> ○暴走 <input type="checkbox"/> ○脱走 <input type="checkbox"/> ○徘徊 <input type="checkbox"/> ○不適応 <input type="checkbox"/> ○不快行為 <input type="checkbox"/> ○異食行動 <input type="checkbox"/> ○性的な過剰行動 <input type="checkbox"/> ○他の()				
(4) その他の精神・心身状況				
△無 <input type="checkbox"/> △有 <input checked="" type="checkbox"/> (症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 有無)				

主治医意見書

2020.1

保険者名	医療機関	記入日
保険者コード	医療機関番号	年月日
(印合せ)		
申請者	年 齢 性別 ()	連絡先
主な治療者は開業医または他の医師等の者です。主たるとして、本意見書が診療カード料金算定時に使用されることに同意する。□同意する。□不同意しない。		
医師名	電話	
医療機関名	FAX	
医療機関所在地		
(1) 治療担当者	□初回 □二回目以上	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) 内科 外科 総合内科 肺科 憩息内科 痛風科 その他 人間科 心臓科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 その他 人間科 心臓科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 その他		
1. 亂瘻に関する意見		
(1) 亂瘻名	発症年月日 年 月 日	
1.	発症年月日 年 月 日	
2.	発症年月日 年 月 日	
3.	発症年月日 年 月 日	
(2) 症状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 明徴	
(不安定、もしくは悪化、異常感覚を記載なし)		
(3) 生活機能低下の原因となる病状		
特記事項 (乱瘻以外の原因による機能障害について記載) (例) (乱瘻より三日前に発症したから乱瘻原因については他の原因で記載等について記載)		
2. 特別な医療 (過去14日以内に受けた医療のすべてにチェック)		
医療内容	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> フトマの処置 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病法 <input checked="" type="checkbox"/> レスピレーター <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開の施用 <input checked="" type="checkbox"/> 通便の看護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸の看護 特別な看護 <input checked="" type="checkbox"/> ニュートラル (血压、心拍、酸素飽和度) 介助の対応 <input checked="" type="checkbox"/> カーチカル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	
3. 心臓の状態に関する意見		
(1) 日常生活の活動量について		
- 週間の自慢の歩行距離(歩き方)	<input checked="" type="checkbox"/> 正立 <input type="checkbox"/> J型 <input type="checkbox"/> J型 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> C型	
- 既往歴の自慢の歩行活動度	<input checked="" type="checkbox"/> 正立 <input type="checkbox"/> J型 <input type="checkbox"/> J型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> M型	
(2) 既往歴の中梗塞疾患(既往歴以外の疾患で梗塞を認める場合を含む)		
- 初回梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 既往なし <input type="checkbox"/> 既往あり	
- 日常生活の活動量で進行した梗塞部位	<input checked="" type="checkbox"/> いくつか梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 既守が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 既守できない	
- 自由な活動の活動能力	<input checked="" type="checkbox"/> えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくつか梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 体力的活動に影響ある <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられない	
(3) 診査症の行動・心因症(SBPZD)(該当する項目全てにチェック) [認知症以外の疾患で行動異常を認める場合を含む]		
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 反応・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 行為変動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 小便への抵抗 <input type="checkbox"/> 服薬	
- 大の不適感 <input type="checkbox"/> うつ病行為 <input type="checkbox"/> 食事行為 <input type="checkbox"/> 介護時間増加 <input type="checkbox"/> 手術の()		
(4) その他的情報・神経症状		
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	既往歴の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () 例)	

〈旧様式 裏面〉

(5) 身体の状態	
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)	
□四肢欠損 (部位: _____)	
□麻痺 (部位: _____)	
□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)	
□その他の部位 (部位: _____)	
□筋力の低下 (部位: _____) 程度: □輕 □中 □重	
□筋肉の拘縮 (部位: _____) 程度: □輕 □中 □重	
□關節の痛み (部位: _____) 程度: □輕 □中 □重	
□呼吸・不随意運動 上肢 □右 □左 □下肢 □右 □左 体幹 □右 □左	
□眼瞼 (部位: _____) 程度: □輕 □中 □重	
□その他の皮膚疾患 (部位: _____) 程度: □輕 □中 □重	
4. 生活機能とサービスに関する意見	
(1) 移動	
屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない	
車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している	
歩行補助具(使用的頻度選択式) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用	
(2) 食事: 生活選択	
食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助	
現在の栄養状態 □良好 □不良	
→ 食事・生活選の留意点 ()	
(3) 現在あるかまたは後発生の可能性の高い状態とその対応方針	
□四肢骨折 □脳卒中 □脊髄損傷 □運動能力の低下 □神経 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊	
□消化器 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他の ()	
→ 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	
□期待できる □期待できない □不明	
(5) 医療的管理の必要性(特に必要なものには下線を引いて下さい。) 予防対応により維持されるサービスを含みます。)	
□定期的健診 □定期的外来受診 □定期的外来指導 □定期的栄養指導	
□訪問リハビリテーション □訪問入院療養介護 □巡回衛生指導 □巡回栄養食指導	
□通所リハビリテーション □老人ホーム施設 □外避医療施設 □その他の医療系サービス ()	
□特記すべき項目なし	
(6) サービス利用における医学的観點からの留意事項(該当するものを選択するとともに、具体的に記載)	
□血圧 () □摂食 () □排泄 () □褥瘍下 ()	
□体温 () □運動 () □その他の ()	
□排泄失禁 ()	
(7) 感染症の有無(ある場合は具体的に記入して下さい)	
□無 □有 () □不明	
5. 特記すべき事項	
専門医の意見と分野別ビザ計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾患の状況等の留意点を含め記述して下さい。特に、会員登録する際に記入欄を見るのは原則として上記と一致して下さい。なお、専門医等による意見を見られた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書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)	
長谷川式 = 点(令和 年 月)(前回 点(年 月))	