

S04_主治医意見等記載用(1 / 2)

受講コース:	受講者氏名:	提出事例作成日:
受講番号:		年 月 日

最終診察日	平成 年 月 日
他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" 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(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 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)

(2) 症状としての安定性 ☐安定 ☐不安定 ☐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]

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 ☐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

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)

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

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐自立 ☐I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐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 ☐問題なし ☐問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐自立 ☐いくらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない

・自分の意思の伝達能力 ☐伝えられる ☐いくらか困難 ☐具体的要求に限られる ☐伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(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)

☐無 ☐有 → ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊
☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題行動 ☐その他()

(4) その他の精神・神経症状

☐無 ☐有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 ☐有 () ☐無]

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。

S04_主治医意見等記載用(2 / 2)

受講コース:	受講者氏名:	提出事例作成日:
受講番号:		年 月 日

(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 □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)

□筋力の低下 (部位: 程度:□軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度:□軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度:□軽 □中 □重)

□失調・不随意運動・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度:□軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患(部位: 程度:□軽 □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・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2)栄養・食生活

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

→ 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の対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □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()

→ 対処方針()

(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) 医学的管理の必要性(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。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり()・移動 □特になし □あり()

・摂食 □特になし □あり()・運動 □特になし □あり()

・嚥下 □特になし □ありあり()・その他()

(7) 感染症の有無(有の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

<事例作成の際の注意事項>

- 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名義等についてはアルファベット(Aさん、B区在住、C居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
- 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
- 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。