

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-1	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. 統合失調症 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 )
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和 (平成) 年 月 日 ~ 年 月 日 (傷病名: 統合失調症 )
2. 昭和・平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (傷病名: )
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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) 他者に対する被害妄想あり。身辺を清潔に保つことが難しい。
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容  昭和〇年頃に発症し、現在まで、入院又は外来通院にて継続的に治療を受けている。精神症状に著変はないので、引き込みや拒薬が生じないように留意が必要である。投薬を施行している。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 ) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇 ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=162.5cm 体重=76kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 (無為)

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり (栄養的なことを考えない。同じものを何日も食べる)

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

統合失調症のため、〇年に発病以来、当院にて長期加療を行っている。〇年〇～〇月の入院を最後に、その後は外来通院を続けている。引き込み、拒薬を心配している。

外来通院、デイ・ケア利用、訪問介護等の総合的なケアにより、安定した精神状態を保っていきたいと考えている。

<精神障害の機能評価>

〇精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 3 能力障害; 3) <判定時期 平成〇年〇月>

〇生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 3 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 4

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-2	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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)→ <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 (障害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. 統合失調症 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 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)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和 (平成) 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 統合失調症)
2. 昭和 (平成) 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 統合失調症)
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
昭和〇年〇月頃に幻覚妄想状態で発症し、〇〇を経て、〇〇病院に通院していたが、通院中断を繰り返しては悪化していた。平成〇年〇月より1ヶ月間入院。退院まもなく近隣に対する暴力行為が頻発して警察で保護され、〇月から3ヶ月間措置入院で〇〇病院に入院。同年〇月より当院にて外来通院を続けている。病的体験は活発で、病識が欠如している。現在〇歳で認知症傾向のある母と同居である。平成〇年〇月より週1回のホームヘルプサービスを利用中。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
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)				

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (大声で叫ぶ)
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 ) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科 当院 ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=147cm 体重=62kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

①慢性に経過した統合失調症であり、病識が乏しく、2週間ごとの通院・服薬でかろうじて自宅療養が可能となっている。幻聴や被害関係妄想などの陽性症状は持続し、かつ自発性の低下、自閉などの陰性症状が著しく、生活能力の低下が中等度に認められる。過去に拒薬によって病的体験が強まり、精神運動興奮を呈し、近隣に対する暴力行為で措置入院となっている。

②平成〇年〇月より、週1回のホームヘルプサービス (掃除などの家事援助) を利用中である。何事も自分で決断できず、「〇歳の母が亡くなったら一人きりになるので、どうしていったらよいか心配である」と訴え、何かにつけて同居の母を頼っていたが、母に認知症症状が出始めており、将来への不安が強い。医療中断による症状悪化から問題行動をおこす可能性が高いこと (前回は措置入院) もあり、保健所のスタッフの訪問と週1回のヘルパーのかかわりを依頼し、地域での支援ネットワークを作ってきている。

③症状がいったん再燃すると、能力障害にともなって、生活障害の程度も一気に悪化する。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 3 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 3

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-3	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. 統合失調症 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)
入院歴(直近の入院歴を記入)
1. 昭和・平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (傷病名: 統合失調症)
2. 昭和・平成 年 月 日 ~ 年 月 日 (傷病名: )
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 昭和〇年発病の統合失調症が続いており、昭和〇年〇月~昭和〇年〇月には入院治療をしている。時折、周囲に対する被害念慮が出現することがある。人格変化が徐々に進行しており、易疲労性、集中力低下、抑うつが続いている。思考障害、見戯性が目立ち、就労不能。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 統合失調症) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科 〇〇病院) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週 1 回以上 月 1 回以上 年 1 回以上)

(3) 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: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画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。)

時折、被害妄想が活発になることがある。思考内容は貧困で、児戯的人格変化が目立ち、他者との意思疎通が不十分となりやすい。日常生活全般にわたり、介護や援助・指導が必要であり、就労能力は全くない。現在はグループホームに入居している。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4 ) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 3 保清; 3 金銭管理; 4 服薬管理; 2

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2 ) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-4	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. 統合失調症 発症年月日 (昭和・平成 ○年 ○月以前 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)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. (昭和・平成 ○年 ○月～ ○年 ○月 (傷病名: 統合失調症)
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名: )
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 無為、自閉を中心とした陰性症状が中核。さらに心気妄想、強迫行為のために著しい行動制限を受ける。人格水準の低下も著しく、症状は固着化している。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 統合失調症) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (陰性症状)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週 1 回以上 月 1 回以上 年 1 回以上)

(3) 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: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・その他 (無為な生活です。生活全般のサポートが必要。 \_\_\_\_\_ )

(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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

本人が重度であるだけでなく、姉も精神障害者であり、身近にサポートしてくれる人もいない。生活全般にサポートがないと、精神症状の増悪にもつながる。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 2 生活リズム; 3 保清; 4 金銭管理; 3 服薬管理; 3

対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成〇年〇月>



# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-5	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. 統合失調症 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 日頃)
2. 糖尿病 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 日頃)
3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. (昭和) 平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 統合失調症 )
2. (昭和) 平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 統合失調症 )
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
昭和〇年〇月頃より独語、空笑等が出現し、同年〇月〇日当院受診。上記と診断され、入院となる。以降、当院に計3回の入院歴がある。平成〇年〇月退院後は、外来通院にて概ねは安定しているが、些細な環境変化により、被害関係念慮が増悪し、パニックになることがある。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (偏食・過食)
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 幻覚妄想状態、残遺状態 ) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院 ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=160cm 体重=64kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 (血糖コントロール→栄養指導、内服遵守、精神科からの処方薬の内服遵守)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり ( 暴飲暴食傾向→要見守り、栄養指導 )

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

現実検討力に乏しい。このため作業能力が低く、日常生活にも適当な援助が必要。  
また、血糖コントロールに対する理解に乏しく、偏食・過食してしまうため、常に指導が必要。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 3 ) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 3 保清; 3 金銭管理; 4 服薬管理; 2

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2 ) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-6	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. うつ病 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 日頃)
2. 緑内障、白内障 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 日頃)
3. 発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和・平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: うつ病)
2. 昭和・平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 自傷、うつ病)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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) 唐突に希死念慮が出現し、危険行為 (自傷、大量内服) が見られる。
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 平成〇年〇月頃から抑うつ状態、不眠が出現し、うつ病の診断で加療を開始。平成〇年〇月うつ状態が悪化し、入院加療。この間、緑内障が発症。平成〇年〇月〇〇病院に転院。徐々に病状が安定し、平成〇年〇月に退院し、帰宅後、症状は一進一退で経過した。平成〇年〇月から当院にデイケアを中心に通院。なお、不眠、うつ状態、不安、時折、興奮が強く、抗うつ薬を中心とした薬物療法で加療中である。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名うつ病) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 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: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)  
・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)  
・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

平成〇年に肺梗塞を起こし、一時重体になって以後、記憶障害、知的問題が目立ち、行動が短絡的である。現在、将来への不安が強く、焦燥不安が顕在化し、しばしば家族に攻撃的になるが、一方で希死念慮が強く現われ、危険行為(自傷、大量内服)が見られる等、常に目が離せない。加えて視力障害(右0.06、左0.0)であることから、心身両面で一層負荷を重くしている。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 4 服薬管理; 4 対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 3) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-7	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. 双極性障害 (I型) 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 )
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名: 双極性障害 )
2. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名: 双極性障害 )
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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) 毎年、ほとんど必ず、1回のうつ病相と1回の躁病相を繰り返す。
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 元来神経質な性格。中堅電機メーカーの技術系職員だった。昭和〇年の冬、結婚した直後より、不眠、食欲不振、抑うつ気分、精神運動抑制等のうつ病症状が出現した。内科で「自律神経失調症」との診断にて抗不安薬等を処方されていたが軽快せず、昭和〇年〇月に縊頸による自殺を企て、〇〇病院救急部を経て〇月に当院に第1回目の入院。〇年〇月に退院後は復職し、外来通院を続けていたが、平成〇年〇月に、乱費、攻撃的言動、飲酒運転等、躁状態を来し、当院2回目の入院。3ヶ月で退院したが、その後は1年に1度ずつ躁とうつ病相を繰り返している。平成〇年〇月に会社を退職し、障害厚生年金を受給するようになった。平成〇年冬にもうつ病相で入院、〇年〇月に退院し、外来通院を再開したところである。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック) <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 ) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (精神運動抑制) ・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇 ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 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: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)  
・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)  
・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )  
・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

退院直後は抑うつ症状も訴えず、院内作業療法にも積極的に参加していた。退院後は、疲れやすさを訴えるものの、身の回りのことは自立し、除雪や洗濯などの家事も一応できている。障害厚生年金2級と妻の稼働収入で暮らしている。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 2 能力障害; 2 ) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 1 生活リズム; 2 保清; 2 金銭管理; 1 服薬管理; 2 対人関係; 2 社会的適応を妨げる行動; 1 ) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-8	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. 躁うつ病 発症年月日 (昭和)平成 〇年 〇月 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)
入院歴(直近の入院歴を記入)
1. (昭和)平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 躁うつ病 )
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名: )
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
抑うつ状態で発症し、昭和〇年に〇〇受診。昭和〇年〇月に当院に転医。うつ病相のあとに躁病相を繰り返してきたが、うつ病相が遷延化しているため、昭和〇年〇月から〇年〇月の期間、〇〇病院に入院したが、大きくは改善しなかった。平成〇年秋に躁転した後に、再びうつ病相が慢性化している。就労不可能であり、週1～2回のホームヘルプサービス(家事援助)を利用し、調子のよい時は〇〇に通所している。

## 2. 特別な医療(現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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(胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置(回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(乱費 )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 ) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害(短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(感情障害)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院 精神科 ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=172.5cm 体重=64kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 (終日の臥床)

→ 対処方針 (定期的な訪問)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( )

・嚥下について 特になし あり ( )

・摂食について 特になし あり ( )

・移動について 特になし あり ( )

・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画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。)

平成〇年秋に躁転した後は、うつ病相が慢性化している。全身倦怠感、頭痛、腰痛などの身体症状をともなった抑うつ気分、意欲低下、焦燥感、不眠が慢性的に持続している。対人緊張が強く、人前では取り繕うため、後で疲れが出やすく、一日臥床している日も多い。一転して躁状態になると金遣いが荒くなる。現在はアパートでの単身生活であり、家事が充分にできない。調理ができず、食事はコンビニの弁当や外食で済ませることで栄養の偏りがでてくるため、週1~2回のホームヘルプサービス(買い物、調理、掃除など)が必要となっている。親類縁者がまったくおらず、孤独になりがちである。比較的調子が良いと、〇〇を利用し、メンバーやスタッフと交流している。うつ症状が悪化すると、精神症状、能力障害が一気に悪化する。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 3

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成〇年〇月>



# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-9	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 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)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" 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 checked="" 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 (障害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. 躁うつ病 発症年月日 (昭和)平成 〇年 〇月 日頃 )
2. 強迫性障害 発症年月日 (昭和)平成 〇年 〇月 日頃 )
3. アルコール依存症 発症年月日 (昭和)平成 〇年 〇月 日頃 )
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. (昭和)平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 躁うつ病 )
2. (昭和)平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 躁うつ病 )
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
昭和〇年〇月頃、発症。多弁、多動、興奮状態、アルコール乱用などの症状を呈し、昭和〇年〇月から昭和〇年にかけて、数回入院する。〇年〇月末に入院したのが最後で、以後の詳細は不明な部分が多い。平成〇年〇月頃から、抑うつ、不眠、集中力低下、強迫症状を訴え、市内精神科で治療を受ける。下痢、めまい、疲労感、吐気、関節痛など、多彩な身体症状を訴えていた。平成〇年〇月より、当クリニックで治療を続けることになったが、意欲低下、強迫症状、抑うつ気分が強く、終日、臥せっている生活が続いている。精神療法、生活指導と共に処方を行っている。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ、確認強迫、不眠、健忘、集中力低下、意欲低下、強い恐怖、不安) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 (短期)長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科クリニック ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 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: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: 膝関節痛 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( 膝関節痛は治療中 )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり (不規則、時に不食あり) ( \_\_\_\_\_ )

・移動について 特になし あり (確認強迫が強く、外に出られないことがある) ( \_\_\_\_\_ )

・その他 (対人恐怖、不安感が強く、コミュニケーション障害が高度である) ( \_\_\_\_\_ )

(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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的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。)

人格水準の低下、コミュニケーション障害、強い強迫症状が社会適応と生活能力を著しく低下させている。また、アルコール依存傾向も程ほどに、能力を低下させているが、以前に比べアルコールは減量している。薬物依存傾向がある。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; \_\_\_\_\_ 能力障害; \_\_\_\_\_) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 5 保清; 4 金銭管理; 3 服薬管理; 2

対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成〇年〇月>

# 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 精神-10	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 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サービス利用計画作成に利用されることに 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 ( ) \_\_\_\_\_

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 (障害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. アルコール性精神病 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 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)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和(平成) 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: アルコール性精神病)
2. 昭和(平成) 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: アルコール性精神病)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
〇年〇月〇日～〇年〇月〇日まで、当院に初回入院。退院と同時に〇〇入所。〇年〇月〇日に〇〇を退所し、共同住宅での生活を始めた。再飲酒し、〇年〇月〇日～〇年〇月〇日まで、2回目の入院。現在、断酒中であるが、右目失明、右耳が聞こえないために、コミュニケーションが取りづらいことがある。

## 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<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 (胃ろう)
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)
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)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 ) <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇 ) <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=159cm 体重=61kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度:軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度:軽 中 重) 左下肢 (程度:軽 中 重)

右上肢 (程度:軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

股関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

肘関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

膝関節 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・体幹 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

・下肢 右 (程度:軽 中 重) 左 (程度:軽 中 重)

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. 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対処方針

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 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) 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 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・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

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画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。)

時折、被害妄想的なことを口にすることがあるが、一過性のものである。対人関係は良好であるが、右眼失明、右耳が聞こえないために、コミュニケーションが取りづらいことがある。日常の身の回りのことは自分で出来るが、食事に関しては弁当などの利用が多い。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 2 能力障害; 2) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 2 保清; 2 金銭管理; 1 服薬管理; 1

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 1) <判断時期 平成〇年〇月>