

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 精神遅滞 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 年 月～ 年 月 (傷病名:)

2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)

(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) 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

〇〇町で出産。始歩、始語ともに2歳位で遅かった。小学校は普通学級だったが、言葉も十分に話せず、学業についていけなかった。中学校は特殊学級に進み、〇〇高等養護学校で寮生活を送って卒業している。卒業後、職業適応訓練を経て平成〇年にクリーニング店に就職したが、仕事が遅く、人間関係のトラブルもあって、平成〇年に退職して在宅生活を送っていた。その後、平成〇年に両親とともに〇〇市に転居。平成〇年に〇〇通勤寮に入所するとともに、〇〇会社に就職して現在まで稼働している。平成〇年にはグループホーム〇〇での生活を経て、平成〇年からは単身生活を送っている。

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)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 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=155cm 体重=55kg (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ど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。)

療育手帳Bを取得し、障害基礎年金2級と稼働収入で生活している。収入はすぐに使ってしまう金銭管理が困難なため、社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業を利用して金銭管理の援助を受けている。また、家事が一部困難であり、ホームヘルパー(家事援助)を週1回2時間利用している。

<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; 能力障害;) <判定時期 平成 年 月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 2 保清; 3 金銭管理; 4 服薬管理; 3 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) 知的-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 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. 精神遅滞 _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) ※出生時
2. 高脂血症 _____	発症年月日 (昭和・平成 〇年 〇月 〇日頃)
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 月 ~ 年 月 (傷病名: 肺炎)	()
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 安定し、内服治療を受けていない。	

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 type="checkbox"/> 有 (症状名) <input checked="" 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 type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <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: 両下肢 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: 腰痛 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 ()

(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 (杖、シルバーカーを利用)

・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ど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。)

昔は、よく対人関係の悪化がみられていたが、現在は大変おとなしい。

<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; 1 能力障害; 2) <判定時期 平成○年○月>

○生活障害評価: (食事; 1 生活リズム; 1 保清; 3 金銭管理; 5 服薬管理; 3

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 1) <判断時期 平成○年○月>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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. てんかん 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 日頃)
2. 精神遅滞 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 年 月～ 年 月 (傷病名:)
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 始歩1才2ヶ月、言語の遅れあり。〇〇学級→〇〇学校高等部卒。現在作業所通所中。 平成〇年〇月から欠神発作。複雑部分発作が出現し加療となる。行事などがあった次の日など、疲れなどが引き金となり発作出現しやすい。抗てんかん薬服用中。

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 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 知的障害に関連して) <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 type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" 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 (当科) <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=168.5cm 体重=56kg (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 (発作時に転倒などとなる可能性はある。抗てんかん剤服用、見守りなど)

(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ど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。)

I Q 4 9。基礎的な身近周囲の事に関してのADLはほぼ自立 (時に助言などを要するが)。抽象的な理解が出来ず、服薬、金銭管理などは困難。支援があれば作業も出来る。

<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; 3) <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; 1 金銭管理; 4 服薬管理; 3 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>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 脳性麻痺	発症年月日	(昭和) 平成	○年	○月	○日頃)
2. 精神遅滞	発症年月日	(昭和) 平成	○年	○月	○日頃)
3. てんかん	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: 急性気管支炎、上部消化管出血)
2. 昭和 (平成) ○年 ○月 ~ ○年 ○月	(傷病名: 急性気管支炎、上部消化管出血)

(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) 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

双胎第2子として出生し、重症仮死が原因で脳性麻痺、最重度精神遅滞となった。
筋緊張亢進が著しく、頸部は後屈し、慢性の閉塞性呼吸障害が認められる。
上部消化管出血、嘔吐を繰り返すようになり、食道裂孔ヘルニアと胃ろう造設の手術を平成○年にうけた。しかし、その後も感染症罹患時には上部消化管出血を繰り返すため、内服中。
てんかん発作は服薬により明らかな発作は最近みられていない。筋緊張亢進は服薬を行っているが、重度である。

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 checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input checked="" type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input checked="" 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)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 (自力では行動できない)

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名 最重度精神遅滞) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 (○○) 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) 1年以上みられない

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=110cm 体重=20kg (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 (体位交換、気道確保、痰の吸引、おむつ使用 _____)

(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 (嚥下機能は低下しており、経口摂取は行っていない。)

・摂食について 特になし あり (摂食機能はなく、経口摂取は行っていない。胃ろうからの注入のみ)

・移動について 特になし あり (自力での体位変換は不可能です。 _____)

・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ど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。)

痙性四肢麻痺があり、頸部体幹の筋緊張亢進が著しく、慢性の呼吸障害が認められる。
最重度の精神遅滞があり、生活は全介助を要する。呼吸状態にも常に注意する必要がある。

<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 _____年 _____月>

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

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 自閉症 発症年月日 (昭和) 平成 ○年 ○月 ○日頃)
2. 精神遅滞 発症年月日 (昭和) 平成 ○年 ○月 ○日頃)
3. てんかん 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:)
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)

(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)
環境変化に弱く、不満があると失禁する。強いこだわりがある。

(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

1才6ヶ月まで順調に発達していたが、急に発話をしない、多動、感覚遊びに執着するようになった。小学部より○○学校で学び、高等部を卒業した。平成○年○月(○才)にてんかんを発症している。てんかん性脳波異常も確認された。抗てんかん薬によって、その後の発作は抑制されている。

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)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 (失禁)

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 (強迫症状)

・ 専門医受診の有無 有 (○○) 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=173cm 体重=94kg (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 (情緒安定 _____)

(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ど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。)

自己主張が強く勝手に行動する。抑制すると動かなくなり、失禁に至る。
本人の安定を優先しつつ、日常生活を維持するためには個別の介助が不可欠である。

<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 _____ 年 _____ 月)

○生活障害評価: (食事; 生活リズム; 保清; 金銭管理; 服薬管理;

対人関係; 社会的適応を妨げる行動; _____) (判断時期 平成 _____ 年 _____ 月)

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 精神遅滞 発症年月日 (昭和) 平成 年 月 日頃)
2. 自閉症 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:)
2. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名:)

(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)
自閉症により適応が困難となっており、自傷や他害などが顕著にみられる。

(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
出生時異常なし。始語は1歳半と遅くその後も言葉の遅れがあり3歳児検診で経過観察となった。その後、就学前に〇〇病院で自閉症と診断されている。多動で走り回ることが多く、〇〇養護学校に入学して中等部を卒業後、市外の〇〇(更生施設)に2年間入所したがうまく適応することができず、現在は在宅生活を送っているが、言葉によるコミュニケーションが困難であり、水や音に関係するこだわりが強い。しばしば興奮して自傷したり、父母に対する暴力がある。家庭内での対応は困難な状況である。
こだわりに対して服薬中。

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)
有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他(自傷、著しいこだわり、興奮)

(2) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害(短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()
・ 専門医受診の有無 有 () 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=165cm 体重=75kg (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 (自傷、興奮)

→ 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ど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。)

療育手帳④を取得している。身辺面は全介助状態であり、ヘルパーを週5日利用している。父母も本人の対応に追われ、月2週間程度〇〇市内施設のショートステイを利用することも多い。将来的に知的障害者更生施設の入所を利用することも検討している。

<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; 能力障害;) <判定時期 平成 年 月>

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 5 対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 4) <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) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 精神遅滞を伴う自閉症障害 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) ※出生時
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:)
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)

(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) 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
妊娠9ヶ月で早産、出生時体重1762g。
言葉の発達、満36ヶ月すぎても有意味語出ない。その後、言葉は徐々に増えるが、こだわりが強く (ex.乗り物や時刻表 etc)、また、対人関係がほとんど結べない。年齢に比しての社会性の発達が遅れた。結果として、精神遅滞。養護学校高等部卒業。以後、知的障害者通所授産施設に通所し、現在に至る。18才4ヶ月時の鈴木ビネー式検査でIQ28、コース立方体組み合わせテストIQ119と乖離がひどい。

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 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 (胃ろう)
吸引処置 (回数 回/日, 一時的 継続的)

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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 (少し大きい声を出して飛びはねる)

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 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=157cm 体重=45.2kg (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 (外出時は、必ず誰かが付き添わないと、どこへ行くかわからない。)

・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ど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。)

質問に対して、全く関係のない言葉で応答。自閉症で他者とのコミュニケーションはほとんど結べない。パンチ、キック(ゆるくだが...)等で他利用者とはコミュニケーションしようとしている様子だが通じない。バス、乗り物に興味あり、自分の思っている「行き先表示」をしていないと、バスの前に出てバスを止めたりする。また、理由ははっきりしないが車に石を投げたりすることが時にある。

「こだわり行為」を自分なりに納得し終わらないと次へ進めない。好きなことは、ある程度集中できるが、生活全体に、本人なりのパターン化がある。療育手帳A

<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 年 月>

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

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 精神遅滞 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 〇日頃
2. 自閉症 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 〇日頃
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:)
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)

(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) 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

3才で自閉症、精神遅滞を指摘。興奮し、壁を叩いて穴を開けたり、服を破いたりする行為は持続。

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)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 (リハビリセンター) 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 (危険を回避できない) ()

・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ど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。)

言語的なやりとりは全くできず大声でさわいだりするのみ。興奮を自制できず、暴力にいたることも多い。壁に穴を開けてしまったりする。対人交流を好まず一人でいることが多い。

<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; 6 能力障害; 5) <判定時期 平成○年○月>

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 5
対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 5) <判断時期 平成○年○月>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 自閉症 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 〇日頃)
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:)
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)

(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) 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

生後2才半経過した時点で有意味語なく、5才の時に精神遅滞を伴う自閉症と診断される。
養護学校高等部まで通学し、卒業後、身障者通所施設通所。
重度の精神発達遅滞をきしており、発語はいわゆる「おうむ返し」。言語による有効なコミュニケーションは困難である。また、自傷行為はみられるが、他者に対する行動としてはあらわれない。
内科的には特に内服加療していないが、やや肥満傾向にあり、栄養療法を受けている。

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 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 (胃ろう)
吸引処置 (回数 回/日, 一時的 継続的)

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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他 (自傷行為)

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 (〇〇) 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=178cm 体重=92kg (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 (食べこぼしあり、一部介助必要。)

・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。)

重度の精神発達遅滞をきしている。○年○月実施の田中ビネー検査ではIQ=17であり、療育手帳Aを交付されている。

医学的には安定しているが、食欲のコントロールが困難であり、見守り、援助をしないとカロリー過剰摂取に陥る危険性が高い。

また、不安定になると自傷行為などの行動がみられる。混乱をしないような個別的な働きかけが必要と思われる。自宅では、祖母・両親・妹と同居しているが、閉じこもりによる刺激の低下を予防し、生活リズムを整えるためにも、現在利用中の通所サービスは継続が望ましい。

<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; 5 能力障害; 4) <判定時期 平成○年○月>

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 3 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 内服なし 対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 1) <判断時期 平成○年○月>

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 知的-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 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無
(有の場合)→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 (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. 広汎性発達障害 発症年月日 (昭和) 平成 〇年 〇月 日頃)
2. 精神発達遅滞 (中度) 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 年 月～ 年 月 (傷病名:)
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)

(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)
状況の変化によって激しいパニックが出現することがあるため。

(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

生後1才半頃、呼んでも振り向かないことで異常に気付かれる。〇〇県精神保健センター、民間心理相談室、〇〇市児童センターなどを転々とし、児童センターで「自閉症」と診断される。小学校はなんとか普通学級で、中学校は障害児学級に通学する。〇〇高校昼間定時制を卒業し、〇〇に通所することになる。自閉症の特徴が顕著で、強迫的なサイクリングで他県にまで進出してしまいが、アクシデントにあたり、他人から咎められるとパニックを起こして、興奮し大声を上げて叫び回る。そのような状態を反復しやすい。

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)

有 無
(有の場合) → 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 性的行動障害 その他(興奮して大声で叫び続ける)

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 (〇〇) 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=180cm 体重=70kg (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 (興奮、パニック)

→ 対処方針 (叱らず、静かな状況・場所でクールダウンを図る。)

(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 (強制的に行わない。本人の思いを尊重する)

・その他 (聴覚過敏があり、騒がしい名所が苦手なパニックを起こしやすい)

(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。)

中度の精神遅滞(知的障害)に自閉症(広汎性発達障害)が合併しており、強迫的な行動としての長距離サイクリング、のべつまくなしに他人の写真を撮る行為などがある。自転車のパンク(しばしば起きる)などに際して、パニックとなり、周囲の理解がないと激しい興奮に陥る。自転車の旅はしばしば日帰り(他県(〇〇、〇〇、〇〇など)に及び、行く先のトラブルが絶えない。制止されると、これまたパニックにつながる。過食傾向、飲水過多がひどく、制御できない。

<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; 5 能力障害; 3) <判定時期 平成〇年〇月>

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 5 服薬管理; 5 対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 4) <判断時期 平成〇年〇月>