

事 務 連 絡
平成18年7月27日

各都道府県 障害福祉担当課 障害程度区分担当者 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課障害程度区分係

障害者自立支援法に基づく障害程度区分認定のための医師意見書の記入方法及び医師意見書記載事例について（情報提供）

障害保健福祉行政の推進につきましては、平素より御協力いただきありがとうございます。

さて、標記について、平成17年度障害程度区分判定等試行事業実施自治体の協力を得て、別添のとおり作成しましたので、管内市町村及び医師会等関係団体に情報提供いただくようよろしくお願いいたします。

【連絡先】

厚生労働省障害保健福祉部

精神・障害保健課 障害程度区分係

佐藤、武田

TEL 03-5253-1111（内線 3026）

FAX 03-3593-2008

EMAIL shogaiteidokubun@mhlw.go.jp

障害者自立支援法に基づく障害程度区分認定のための医師意見書の記入方法

■ ■ ■ ご記入にあたって ■ ■ ■

- この医師意見書は、障害者（身体、知的、精神）が障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス（介護給付）を希望されたとき、支給決定のプロセスで市町村審査会が、心身の状況を総合的にあらかず「障害程度区分」認定の二次判定を行う際の検討資料として活用されます。
- したがって、意見書の記入にあたっては、心身の状況や支援の必要性の程度等について具体的な状況をあげて記入をお願いします。
- なお、申請者の心身の状況に応じて、記載可能な情報について記入をお願いします（空欄があっても構いません）。
- 詳細は「医師意見書記載の手引き」をご参照ください。
- 医師意見書等は、厚生労働省ホームページで閲覧できます。
- * 医師意見書 → <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou08/dl/3-2-2.doc>
- * 医師意見書記載の手引き → <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou08/dl/3-2-1.doc>
- * 二軸評価 → <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou08/xls/3-2-3.xls>

【記入日】

○医師意見書を提出する前、内容を最終確認した日付を記入してください。

【住所・連絡先】

○申請者の居住地（自宅）の住所、電話番号を記入してください。
○施設・病院等に入所・入院している場合は、施設名と施設の住所、電話番号（施設）を記入してください。

【医師氏名】

○自署の場合は押印不要です。ゴム印等を用いる場合は押印してください。

【医療機関名および所在地】

○ゴム印等も使用可能です。

【診断名】

○傷病名が複数ある場合、障害や生活機能低下を引き起こした主な原因から順に記入してください。

○傷病名が4種類以上ある場合、必要に応じて裏面の「5.その他特記すべき事項」の欄に記入してください。

○知的障害者の場合、法律上の用語である「知的障害」ではなく、医学用語である「精神遅滞」あるいは個別の診断名で記入してください。

【症状としての安定性】

○「診断名」欄に記入した傷病について記入してください。

* 安定：傷病に、急激な変化が見込まれない場合をさす。

* 不安定：急性期や急性増悪期で積極的な医学的管理が必要であると予測される場合をさす。

* 不明：不明の場合をさす。

○精神疾患で、一定期間内に症状が変化する場合は、次の「(3) 傷病の経過及び治療内容」に詳しく記入してください。

【特別な医療】

○過去14日間に受けた13項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を行った場合を含む）についてレ印を付けてください。

○家族・本人が行える類似行為にはレ印を付けてください。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男	〒
	明・大・昭・平	年	月
	日生(歳)	女	連絡先 ()

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 _____ 電話 () _____
医療機関名 _____ FAX () _____
医療機関所在地 _____

(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.	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日	(項)
2.	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日	(項)
3.	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日	(項)

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治療内容を含む治療内容
(精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)

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"/> レスビレーター	<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（該当する項目全てにチェック）
 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 幻聴・幻視 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

【計画作成への利用の同意】

○この意見書がサービス利用計画の作成に活用されることについて、記入医師として同意するか、しないか、該当するほうにレ印を付けてください。

○同意された場合、さらに市町村がご本人の同意を得ない限り、外部に示されることはないことから、医師に「守秘義務」に関する問題は生じません。

【他科受診の有無】

○わかる範囲で記入してください。
○有の場合、該当診療科名にレ印を付けてください。

【傷病の経過及び治療内容】

○障害の直接の原因となっている傷病について記入してください。
○傷病の他に生活機能を低下させる要因があれば、具体的に記入してください。

○精神疾患については、症状の不安定に関する所見も記入してください。

○意識障害がある場合は、その状態を具体的に記入してください。

○治療内容（投薬内容を含む）の要点を簡潔に記入してください。

○薬剤は以下のように留意して記入してください。

* 常用、頓用を整理。

* 介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤を記入。

* 精神疾患で特効性抗精神病薬注射・濃度モニタリングを行っている場合は、その情報も記入。

【行動上の障害の有無】

○行動障害がある場合、「有」にレ印を付け、該当する項目にレ印を付けてください。

【精神・神経症状の有無】

○精神・神経症状がある場合、「有」にレ印を付け、症状名を記載してください。

【てんかん】

○てんかん発作がある場合には、障害福祉サービス提供上の配慮が必要となることもありますので、頻度について記入してください。

【身体の状態】

○身体の状態について該当する項目にレ印を付けてください。
○程度（軽・中・重）は、介護などの程度影響するかという観点でレ印を付けてください。

【介護サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項】

○医学的観点から特に留意する点があれば「あり」にレ印を付けて、具体的な留意事項を記入してください。
* **血圧について**：血圧管理についての留意点があれば記入。どの程度の運動負荷が可能か、なども記入。
* **嚥下について**：嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害についてサービス提供時の留意事項があれば記入。
* **移動について**：歩行以外にベッドと車椅子、車いすと便座の移乗についても記入。
* **その他**：その他に、医学的観点から特に留意する点があれば記入。

<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)
肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
腕関節 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)

【現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針】

○現在あるかまたは今後6ヶ月以内に発生する可能性が高いものがあれば、レ印を付けてください。
○いずれかの項目にレ印を付けた場合、() 内に、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）を要約して記入してください。

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

【感染症の有無】

○この欄には、障害程度区分判定上必要な情報のみを記載し、申請者のプライバシーに十分ご配慮をお願いします。

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。）

<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）

【精神障害の機能評価】

○別紙2を用いて評価し、結果を記入してください。
○精神障害を主として対象としている項目ですが、他の障害でも適宜記入してください。

【その他特記すべき事項】

○障害程度区分判定やサービス利用計画作成に必要な医学的意見を記入してください。
○他の項目で記入しきれなかったこと、選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。
○専門医に意見を求めた場合は、その結果と内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者手帳申請の身体障害者診断書・意見書等の写しの添付も可能ですが、この場合、情報提供者の了解が必要です。

■■■ご記入のあとで■■■

- 記入もれがないか確認してください。
- 写しを保管してください。2回目以降の作成に便利です。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 身体-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 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 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 checked="" 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. 頸髄損傷 (第6～7頸髄)	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
2. 神経因性膀胱・腎盂腎炎	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
3. 坐骨部褥瘡(右)	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)

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: 腎盂腎炎)	()
2. 昭和・平成 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 褥瘡)	()

(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)
尿路感染を起こし、発熱を繰り返している。

(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
平成〇年〇月〇日、スキーで転倒、緊急入院(頸椎前方固定術)。〇月に退院し、居宅生活。
〇年〇月、腎盂腎炎を併発。〇〇泌尿器科受診し、以後、同院で化学療法の内服治療を受けている。なお、神経因性膀胱のため、平成〇年〇月に膀胱瘻を造設した。
〇年の〇月に右の坐骨部褥瘡(車椅子による)を来し、保存的に治療しているが完治しない。

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 checked="" 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 checked="" 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= 170cm 体重=65kg (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: 感覚麻痺。腋窩より下位でT2レベル 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: 右坐骨部、左踵部 程度:軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 膀胱瘻部の皮膚のただれ 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 (自力での排便が難しいので便秘にならないよう飲食に注意する)

・移動について 特になし あり (起立性低血圧があるので急に体位を変換せず、徐々に慣らしていくことが必要。打撲・圧迫・擦過創等は褥瘡となりやすい)

・その他 (皮膚の観察が必要) ()

(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。)

妻と中学生の息子と3人暮らし。頸椎脱臼による四肢麻痺で身障手帳1級。障害共済年金。

知覚障害があり、骨折しても気づかないほどである。皮膚の状態に注意していないと、容易に褥瘡を発症する。また、自力排便が無いため、適宜、摘便や浣腸などの処置が必要。妻がある程度処置を行うが、妻への支援も必要であると考えられる。

<〇〇泌尿器科からの意見>

膀胱瘻のカテーテルがつかると微熱が続いたりします。水分摂取量や尿量についてチェックする必要があります。

<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) 身体-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 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 checked="" 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. 頭部外傷 (後遺症)	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 〇年 〇月～ 〇年 〇月 (傷病名: 頭部外傷後四肢麻痺、廃用症候群 (であると推測される))
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

平成〇年〇月〇日、テトラポットから転落し、頭部打撲。〇〇病院に入院、急性硬膜下血腫との診断で血腫除去手術施行。術後、四肢麻痺、構音障害、嚥下障害等残存、同年〇月〇日～平成〇年〇月〇日まで入院。以降、在宅療養。その後、体重増加、関節可動域制限悪化等あり、時々リハビリテーション目的で入院していた。平成〇年〇月〇日より現住所へ転居に伴い、平成〇年〇月〇日、当院通院を希望し、当科初診。重度の痙性四肢麻痺あり、右上肢のみわずかに随意性を認め、電動車椅子を自力で操作可能であるが、他のADLは食事が部分的に自立以外は全介助。右眼は盲、左眼は視野狭窄あり。重度の構音障害あり、聞き取りはできるが声出しは筆談。現在当科にて外来リハビリテーション中。

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 checked="" 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=178cm 体重=58kg (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: 体幹 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: 両手・両足関節-右中等度、左重度)

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 (外来リハビリテーションにて訓練、指導。(通所も行っている)、他院泌尿器科通院)

(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 (食形態に配慮要)

・摂食について 特になし あり (視力・視覚障害、四肢麻痺あり完全自力は困難、時により相当の介助を要す)

・移動について 特になし あり (四肢麻痺で筋緊張強いため自力は不可能。移動等介助する際も注意を要する。自宅ではリフト利用している。)

・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、身体障害者手帳(1種1級)取得。
- ・四肢麻痺あり、仰臥位では除皮質肢位となる。随意的自動運動は著しい筋緊張、共同運動、連合反応その他の異常反射に妨げられ、右上肢にブルンストローム・ステージで4相当の動きを認める他は、機能的には廃用レベルである。
- ・構音障害は重度であり、初対面では殆ど聞き取れない。家族でも理解困難のこと多く、表出は筆談に頼っている。また、嚥下障害も概ね中等度認められ、服薬の際はアイソトニックゼリーを使用し全介助。食事もトロミなどの配慮を要する状態である。

<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) 身体-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. 特発性側湾症 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～ 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 小児期から側湾症があり、何回か手術を受けている。 側湾症による体幹および両下肢の機能障害があり、腰骨部痛、両下肢痛、両下肢筋力低下により、歩行困難である。

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 checked="" 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: 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 (独力では困難)

・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。)

痛み、筋力低下によるADL障害があるが、精神神経上の問題は全くない。

<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; 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) 身体-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 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 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 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. 両眼先天性緑内障 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:)
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 両眼先天性緑内障にて両眼失明である。眼圧の上昇による疼痛のため、点眼、内服薬加療中である。

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 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: 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 (視覚障害のため、介助が必要)

・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。)

両眼完全失明のため、生活全般に対して介助が必要な状態です。

<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; 4) <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; 4 金銭管理; 1 服薬管理; 1

対人関係; 1 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) 身体-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. 視神経萎縮 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:)
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

視神経萎縮のため視力低下をきたし、日常生活にも支障を起こしている。字を含め小さい物はほとんど見えず、自転車にも乗ることができない。
身の回りのことは何とかできる状態です。
高血圧があるため、当院で治療中。また耳鳴りがひどく、耳鼻科も受診しています。
高血圧は降圧剤投薬して 132-160/88-98 と落ち着いています。

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 ()

(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=163cm 体重=60kg (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:両足首 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 (歩行のみできる。本人のみではあまり遠くへは行けない。)

・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。)

視力低下があり、字も読めず、小さい物の判別はできない。食事、入浴、着衣など生活については周りの援助が必要である。

<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; 1 生活リズム; 1 保清; 2 金銭管理; 1 服薬管理; 1

対人関係; 1 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) 身体-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. 肢帯型筋ジストロフィー	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:)
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

35歳頃から、歩様の異常。自転車に乗れなくなる。
○年頃から上肢挙上困難。○年から杖歩行。
○年○月、当院整形から神経内科紹介受診。四肢近位筋力低下あり。○○病院にて入院精査し、筋生検にて肢帯型筋ジストロフィーの診断。

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= 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: 四肢 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: 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 (長距離は車椅子)

・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。)

在宅生活は限界の印象。

<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) 身体-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. 大脳基底核変性症 発症年月日 (昭和)・平成 〇年 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) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 胃ろう交換目的)
2. 昭和 (平成) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 胃ろう造設目的)
(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 左手の不随意運動で発症。小児科で経過観察後、平成〇年より当科受診。 四肢麻痺、嚥下障害あり。

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 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: _____ 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 (定期通院、介護 _____)

(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 (胃ろうからの経管栄養 _____)

・摂食について 特になし あり (_____)

・移動について 特になし あり (全介助 _____)

・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。)

四肢麻痺があり、全介助が必要 (神経内科を受診中)。
嚥下困難があり、胃ろうからの経管栄養が必要。誤嚥性肺炎予防のため、吸引処置も必要である。コミュニケーションは目の動きやわずかな体の動きで何とか可能であるが、非常に困難になってきている。

<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; _____ 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) 身体-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. 脳血栓 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 日頃)
2. 脳梗塞 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 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 脳梗塞)
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
平成〇年〇月に左半身の痺れあり。脳血栓と診断され入院。平成〇年〇月、呂律が廻らなくなり脳梗塞と診断され、〇〇病院に入院。
現在はバファリンを中心とし、その他睡眠薬、胃薬等を処方している。

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)

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=161cm 体重=50.5kg (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: 右上肢・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: 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 (時にむせることあり)

・摂食について 特になし あり ()

・移動について 特になし あり (時々杖を使用)

・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。)

独居生活をしているので、食事の準備等でもままならないでいる。

<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; 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) 身体-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. 脳出血後遺症 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 〇月 〇日頃)
2. 変形性脊椎症 発症年月日 (昭和・平成) 〇年 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 月～ 年 月 (傷病名:胆石症)
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

平成〇年に脳出血にて右不全片麻痺(顔面を含む)。視床痛の後遺症が残存する。
杖、装具使用にて自立歩行可能であるが、不安定で状況により転倒のリスクが高いと考えられる。
右上肢は全廃に近く、日常生活においても介助を要する場面がある。
痛み(視床痛)についても状況により日常生活の妨げになる場合もある。

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 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 ()

(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=161cm 体重=72.2kg (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: 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: 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 (歩行時には装具、杖の使用を要する。)

(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 (血圧上昇時に入浴サービスは受けられない)

・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 (転倒防止に留意)

・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。)

右不全片麻痺の症状は強いが、自立歩行は可能な程度である。

今後、廃用、転倒等による骨折等にて、ADL低下をきたすリスクが高いと考える。

廃用防止のために通所のリハビリテーション、転倒防止のため、身の回りの環境の整備を要する。

<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; 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) 身体-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 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 type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input checked="" 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. 慢性腎不全	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) 〇年 〇月 ~ 〇年 〇月 (傷病名: 慢性腎不全)	()
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 慢性腎不全のため、週3回4時間の人工透析を施行している。 時に腎臓部の痛みを訴えることがあり、抗生剤にて改善する。 脳底動脈の著明な蛇行により、めまい、頭痛を訴えることがある。	

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 checked="" 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=173cm 体重=63kg (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。)

慢性腎不全のため、今後週3回通院し、人工透析を受ける必要がある。現在のところ一人暮らしではあるが、精神状態は正常であり、きちんとした日常生活を送り、良好な透析生活を送っていると考えている。一人暮らしのため、体調が悪くなったりした時、食事や身の回りの事が難しくなる可能性がある。その点、ご配慮下さいますようお願い致します。

<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; 1 _____ 生活リズム; 1 _____ 保清; 1 _____ 金銭管理; 1 _____ 服薬管理; 1 _____

対人関係; 1 _____ 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-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 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) ※出生時
2. 高脂血症 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: 肺炎)
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

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)

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= 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 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. 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 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
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 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 ()

(2) 精神・神経症状の有無
有 (症状名 知的障害に関連して) 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 (当科) 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。)

質問に対しても、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 ○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)

(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 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(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>

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。)

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、母に認知症症状がはじめており、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。)

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〉