

### 主治医意見書作成ツール入力の手引き

**【注意事項】**

- ・印刷は必ず**片面ずつ印刷**してください。
- ・パソコン、プリンターによっては、画面の表示と印刷されたものが異なる場合がありますので、印刷後に必ず確認して頂き、必要に応じて、改行又はフォントサイズを小さくする等、入力内容を全て印刷してください。
- ・医師氏名(自署)について、氏名を入力・印刷した場合は、必ず氏名の横に**押印**いただくようお願いいたします。

**1 表面 (上部)**

被保険者番号を入力してください→  記入日→  年  月  日

### 主治医意見書 (OCR用)

35

保険者番号

被保険者番号

2 8 2 1 5 2

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 年 0 月 0 日 記入

3 (ふりがな)		性別	-	
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、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに				
5 医師氏名(自署)		同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/>		
4 医療機関名		電話 ( )		
医療機関所在地		FAX ( )		
6 (1)最終診察日	(2)意見書作成回数		7 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 <input type="checkbox"/>	
8 (3)他科受診の有無	<input 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 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				
9 (1)診断名( 特定疾病 または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名 については1.に記入)及び発症年月日				
1	発症年月日 ( )		頃	
2	発症年月日 ( )		頃	
3	発症年月日 ( )		頃	

①被保険者番号	「被保険者証番号を入力してください→」横の枠に番号を入力すると、主治医意見書表・裏の被保険者番号欄に自動で表示されます。
②記入日	「記入日→」横の枠にそれぞれ年(和暦)・月・日を入力すると、主治医意見書表・裏の記入日欄に自動で表示されます。
③氏名・生年月日・年齢・性別・住所等	住所等が長く、印刷時に全て表示されない場合は、改行(Alt+Enter)もしくはフォントサイズを小さくしてください。生年月日の元号はプルダウンリストより選択(明治・大正・昭和)し、年月日・年齢は直接入力してください。性別は、プルダウンリスト(男・女)より、選択してください。
④医師氏名・医療機関名・医療機関所在地・医療機関連絡先	医師氏名については自署となりますが、 <b>本ツールで入力した場合は、氏名横に押印をお願いします。</b>
⑤同意欄	同意の有無について、該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。誤って選択した場合は、「」を選択もしくはDeleteで削除してください。
⑥最終診察日	直接入力してください。
⑦意見書作成回数	意見書作成回数について、該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。
⑧他科受診の有無	他科受診の有無について、該当のセルをクリックするとチェックが入ります。「有」の場合は該当の診療科目にチェックを入れてください。
⑨診断名・発症年月日	それぞれ直接入力してください。印刷時に全て表示されていない場合は、改行もしくはフォントサイズの変更をお願いします。

**2 表面 (下部)**

10	(2) 症状としての安定性	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不明	(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
	(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病 についてはその診断の根拠等について記入]					
<b>2.特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)</b>						
11	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	
	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	<b>失禁への対応</b>	<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)	
<b>3.心身の状態に関する意見</b>						
12	(1) 日常生活の自立度等について					
	・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)						
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない						
13	(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)					
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <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"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )					
14	(4) その他の精神・神経症状					
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ 症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 無 ]					

⑩病状としての安定性、生活機能低下の直接の原因	安定・不安定・不明の内、該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。「不安定」の場合のみ、具体的な状況を直接入力してください。また、生活機能低下の原因等について記入してください。
⑪特別な医療	該当の処置内容があれば、セルをクリックし、「レ」を選択してください。
⑫日常生活の自立度等、認知症の中核症状	それぞれ該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。
⑬認知症の行動・心理症状	有無について、該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。「有」の場合は、該当の症状のセルをクリックし、「レ」を選択してください。また、その他に該当する場合は、「レ」を選択の上、( ) 内に直接入力してください。
⑭その他の精神・神経症状	有無について、該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。「有」の場合は、症状名を直接入力し、専門医受診の有無について該当のセルにて「レ」を選択してください。また、専門医受診有の場合は受診科名を直接入力してください。

**3 裏面 (上部)**

**主治医意見書 (OCR用)**

36

保険者番号

被保険者番号

2 8 2 1 5 2

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 年 0 月 0 日 記入

**(5) 身体の状態**

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

**3**  四肢欠損(部位: \_\_\_\_\_ )

**4**  麻痺  右上肢(程度:  軽  中  重)  左上肢(程度:  軽  中  重)  
 右下肢(程度:  軽  中  重)  左下肢(程度:  軽  中  重)  
 その他(部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

**5**  筋力の低下(部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  関節の拘縮(部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

**6**  関節の痛み(部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

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

褥瘡(部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  その他の皮膚疾患(部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

**4.生活機能とサービスに関する意見**

**7** **(1) 移動**

屋外歩行  自立  介護があればしている  していない

車いすの使用  用いていない  主に自分で操作している  主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可)  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

**8** **(2) 栄養・食生活**

食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助

現在の栄養状態  良好  不良

→ 栄養・食生活上の留意点( \_\_\_\_\_ )

①利き腕	該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。
②身長、体重、体重の変化	それぞれ直接入力してください。体重の変化は該当のセルをクリックし、「レ」を選択してください。
③四肢欠損	該当する場合は、「レ」を選択の上、部位を ( ) 内に直接入力してください。
④麻痺	該当する部位全てにて「レ」を選択し、それぞれ該当する程度にて「レ」を選択してください。その他を選択した場合は、部位を直接入力してください。
⑤筋力の低下、関節の拘縮、関節の痛み、褥瘡、その他の皮膚疾患	該当する場合は、「レ」を選択の上、部位を直接入力し、該当する程度にて「レ」を選択してください。
⑥失調・不随意運動	該当の箇所にて「レ」を選択してください。
⑦移動	屋外歩行、車いすの使用、歩行補助具・装具の使用について、それぞれ該当するものにて「レ」を選択してください。
⑧栄養・食生活	食事行為、現在の栄養状態について、それぞれ該当するものにて「レ」を選択してください。また、栄養・食生活上の留意点がある場合は、( ) 内に直接入力してください。

**4 裏面 (下部)**

**9 (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針**  
 尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊  
 低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他( )  
 →対処方針( )

**10 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し**  
 期待できる  期待できない  不明

**11 (5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)**  
 訪問診療  訪問看護  訪問歯科診療  訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  
 短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  
 その他の医療系サービス ( )

**12 (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項**  
 ・血圧  特に  なし  あり( )  
 ・移動  特に  なし  あり( )  
 ・摂食  特に  なし  あり( )  
 ・運動  特に  なし  あり( )  
 ・嚥下  特に  なし  あり( )  
 ・その他  ( )

**13 (7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)**  
 無  有( )  不明

**5.特記すべき事項**

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。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いただいても結構です。)

**14**

**15**  認定結果情報の送付を希望する

⑨現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	該当するセルをクリックし、チェックを入れてください。その他にチェックを入れた場合は、( )内に直接入力してください。1つでも該当がある場合は、対処方針を( )内に直接入力してください。
⑩サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	該当するものにて「レ」を選択してください。
⑪医学的管理の必要性	該当するセルをクリックし、チェックを入れてください。その他の医療系サービスにチェックを入れた場合は、( )内にサービス名等を直接入力してください。
⑫サービス提供時における医学的観点からの留意事項	血圧・摂食・嚥下・移動・運動について、それぞれ該当するものをクリックし、チェックを入れてください。それぞれ「あり」の場合、その他にチェックを入れた場合は、( )内に留意事項を直接入力してください。
⑬感染症の有無	有無もしくは不明の内、該当のものにチェックを入れてください。「有」の場合は、( )内に詳細を直接入力してください。
⑭特記すべき事項	色つきセル内に直接入力してください。
⑮認定結果情報の送付を希望する	認定結果を希望する場合は、チェックを入れてください。