

福岡県医発第1766号(地)

平成18年 1月 6日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹嶋 康弘



主治医意見書様式の見直し案の周知について

平成18年4月の介護保険制度改正において要介護認定についても改正が行われることから、主治医意見書の様式についても見直しが行われることとなっており、現在、通知改正の手続きが行われております。

今般、主治医意見書の様式について、平成18年1月30日以降の申請に係る要介護認定においては新様式に移行することが予定されており、早急に周知することが必要との観点から、厚生労働省より事前周知の依頼があった旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありました。

つきましては、制度の円滑な移行のため、会員各位に迅速にご周知くださいますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

(介 7 7)

平成 17 年 12 月 27 日

都道府県医師会 介護保険担当理事 殿

日本医師会 介護保険担当理事

野 中 博

主治医意見書様式の見直し案の周知について（協力依頼）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 18 年 4 月の介護保険制度改正において、要介護認定につきましても改正が行われ、それに伴い、主治医意見書の様式についても見直しが行われることになっております。

新様式及びその取扱い等につきましては、先般ご送付いたしました、全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料（厚生労働省老健局・平成 17 年 12 月 19 日開催）においても示されており、現在、通知改正等の手続きが行われているところです。平成 18 年 1 月 30 日以降の申請に係る要介護認定においては新様式に移行することが予定されており、早急に周知することが必要との観点から、今般、別添の通り、厚生労働省所管課より本職に事前周知の依頼がありました。

つきましては、制度の円滑な移行のためにも、貴会会員への周知方ご協力賜りますようご高配のほど宜しくお願い申し上げます。

敬具

（別添資料）

「主治医意見書様式の見直し案の周知について（依頼）」

（平 17.12.22 厚生労働省老健局老人保健課長事務連絡）

・別添「主治医意見書の様式に係る通知の改正について（案）」

（平 17.12.19 全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料抜粋）



事 務 連 絡
平成17年12月22日

社団法人日本医師会
常任理事 野中 博 殿

厚生労働省老健局老人保健課長

主治医意見書様式の見直し案の周知について（依頼）

平素から介護保険及び高齢者保健福祉施策の推進にご協力を賜りありがとうございます。

主治医意見書様式につきましては、要介護認定モデル事業（第二次）の実施状況及び一部市町村からの意見聴取を踏まえ、本年12月19日開催の全国介護保険担当課長会議において、別添の内容により見直し案を提示し、都道府県及び市町村等における周知を図ったところです。また、平成18年1月30日以降の申請に係る要介護認定において新様式に移行することを予定しており、通知改正等の所要の手続を行っているところです。

貴会におかれましては、主治医意見書を記載する医師の協力を得て、新様式への円滑な移行を図る観点から、通知改正までの間、別添の内容について各都道府県医師会及び郡市区医師会への周知方、よろしくお願い申し上げます。

主治医意見書の様式に係る通知の改正について（案）

基本的な考え方

- 新法施行に伴う要介護認定の取扱いについては、平成 17 年 8 月 5 日開催の全国介護保険担当課長会議においてお示ししたところであるが、この取扱いにより、新予防給付を実施する約 2 ヶ月前から新予防給付の実施までは現行の要介護認定と新たな手法による要介護認定を併用することとなる。

例：平成 18 年 4 月 1 日から新予防給付を実施する市区町村の場合

【新規、区分変更申請】

平成 18 年 3 月 31 日まで、現行の要介護認定を実施する。

【更新申請】

平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている有効期間が満了する者から新たな要介護認定を実施する。

→ 現行の要介護認定と新たな要介護認定を併用することとなる。

- 主治医意見書の様式については、新たな要介護認定の実施に合わせ、改正を予定しているところであるが、この新たな様式は、「介護の手間に係る審査判定」について、現行の要介護認定と同様の審査が行われるよう、専門家による議論を踏まえ、作成したものであり、新予防給付の実施の前後において主治医意見書の記載及び要介護認定が円滑に実施できるよう、先行的に主治医意見書様式の改正を行ない、現行の要介護認定と新たな要介護認定を併用する期間においても同一の様式を使用することとする。

新たな主治医意見書の様式について（案）

- 新たな要介護認定の手法等については、現在要介護認定モデル事業（第二次）（以下「モデル事業（第二次）」と言う。）を実施しているところであり、主治医意見書様式及び記載の手引きについても、その結果等を踏まえ最終的な確定を予定しているところである。

- この手法については、モデル事業（第二次）において現在まで大きな混乱なく概ね円滑に実施されており、主治医意見書様式の構成や介護認定審査会における有効性について、複数の市区町村に状況を確認したところ、概ね良好な評価を得たところである。
- このため、新たな要介護認定の実施にあたり、主治医意見書様式については、モデル事業（第二次）にて用いた様式から大幅な変更は要しない、と判断し、別紙の通りとする予定である。（「4. 生活機能とサービスに関する意見」の（3）のみ一部修正）
- なお、主治医意見書記載の手引きについては、文言等の詳細についてモデル事業（第二次）の実施状況を踏まえる必要があることから、若干の修正があり得る。

新たな主治医意見書様式の使用開始時期について（案）

- 新たな要介護認定の手法については、最も早い場合、平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている要介護認定が満了する者が満了日の 60 日前に申請した場合から行われることから、平成 18 年 1 月 30 日申請以降の要介護認定（新規、更新、区分変更すべて）について、新たな主治医意見書様式を使用することとする。

通知等の改正の予定について（案）

- 主治医意見書様式及び記載の手引きについては厚生労働省老健局長通知（「要介護認定等の実施について」老発第 0324002 号、平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局長通知）、及び厚生労働省老健局老人保健課長通知（「要介護認定における『認定調査票記入の手引き』、『主治医意見書記入の手引き』及び『特定疾病に係る診断基準』について」老老発 0324001 号、平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局老人保健課長通知）にて規定しているところであるが、平成 18 年 1 月を目途に通知の改正を予定している。
- なお、この改正は主治医意見書様式の見直しに係る部分についてのみ予定しており、特定疾病の見直しなど、その他の部分については、政省令等の改正にあわせ、再度通知の改正を行う予定である。

新様式

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
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 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日					
1.		発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
2.		発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
3.		発症年月日	(昭和・平成	年	月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明					
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)					
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)					

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	(症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無)

(5) 身体の状態

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

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺

□右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

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

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

□自立

□介助があればしている

□していない

車いすの使用

□用いていない □主に自分で操作している

□主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可)

□用いていない □屋外で使用

□屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為

□自立ないし何とか自分で食べられる

□全面介助

現在の栄養状態

□良好

□不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる

□期待できない

□不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療

□訪問看護

□訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション

□短期入所療養介護

□訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()

・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無

□有 ()

□不明

5. 特記すべき事項

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頂いても結構です。)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
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 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	〔症状名: _____ 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無〕

(5) 身体の状態

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

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺

□右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

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

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

□自立

□介助があればしている

□していない

車いすの使用

□用いていない □主に自分で操作している

□主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可)

□用いていない □屋外で使用

□屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為

□自立ないし何とか自分で食べられる

□全面介助

現在の栄養状態

□良好

□不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる

□期待できない

□不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療

□訪問看護

□訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション

□短期入所療養介護

□訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり ()

・移動 □特になし □あり ()

・摂食 □特になし □あり ()

・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり ()

・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無

□有 ()

□不明

5. 特記すべき事項

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頂いても結構です。)

参考 2、現行の主治医意見書様式

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男・女	〒 -----
	明・大・昭 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。 本意見書が介護サービス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 (特定疾病または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	日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明					
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化					
(4) 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 (最近6ヶ月以内に变化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)					

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
・食事	☐ 自立しないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

☐有 ☐無

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

(4) 精神・神経症状の有無

☐有 (症状名) ☐無

(有の場合) → 専門医受診の有無 ☐有 () ☐無

(5) 身体の状態

利き腕 (☐右 ☐左) 体重 = kg 身長 = cm

☐四肢欠損 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐麻痺 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐筋力の低下 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐褥瘡 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

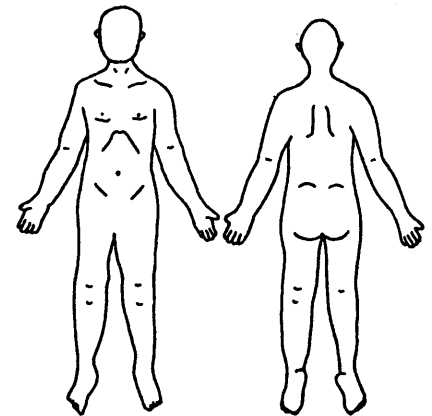
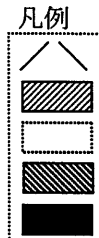
☐その他皮膚疾患 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐関節の拘縮 ・肩関節 ☐右 ☐左 ・股関節 ☐右 ☐左

・肘関節 ☐右 ☐左 ・膝関節 ☐右 ☐左

☐失調・不随意運動・上肢 ☐右 ☐左 ・体幹 ☐右 ☐左

・下肢 ☐右 ☐左



4. 介護に関する意見

(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) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

☐訪問診療 ☐短期入所療養介護 ☐訪問栄養食事指導

☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐その他 ()

☐訪問リハビリテーション ☐訪問歯科衛生指導

☐通所リハビリテーション ☐訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) におけ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 ()

(4) 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

要介護認定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。)