



福岡県医発第291号（地）

平成18年5月12日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 横 倉 義 武



福岡県における医師意見書について

障害者程度区分の医師意見書につきましては、平成18年3月24日付け福岡県医発第2282号にて通知いたしておりましたが、この度、福岡県保健福祉部障害者福祉課より下記のとおり内容に一部修正があった旨、通知がありましたのでお知らせいたします。

記

障害者自立支援・医師意見書

3. 心身の状態に関する意見

（1）行動上の障害の有無

（有の場合）中、

<誤>

<正>

☐性的問題 → ☐性的問題行動

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



「公印省略」



1 8 障 第 3 5 9 号

平成18年4月26日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健福祉部障害者福祉課長
(自 立 支 援 係)

福岡県における医師意見書について

日頃から本県の障害者保健福祉行政の推進に御協力賜り深く感謝申し上げます。

さて、標記のことについては、障害程度区分認定の実施について（17障第4457号平成18年3月17日）によりお知らせしたところですが、下記のとおり、厚生労働省が作成した様式の内容に一部修正があったため、福岡県における様式についても修正いたしますのでよろしくお取り計らいただきますようお願いいたします。

記

障害者自立支援・医師意見書

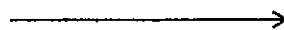
3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無

(有の場合) 中、

<誤>

☐ 性的問題



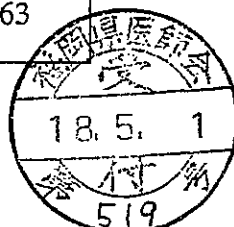
<正>

☐ 性的問題行動

障害者福祉課自立支援係

(担当) 大 津

TEL 092(643)3263



障害者自立支援・医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 連絡先 ()
	明・大・昭・平 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 (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	☐ 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 ☐ 性的問題行動 ☐ 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・幻覚 ☐ 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: 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。）

<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>