

主治医意見書の様式変更について

(1) 手書き作成の場合（別添参照）

主治医意見書の**赤枠内**のコード記入箇所が新たに追加されました。ただし**赤枠内**は保険者により入力しますので、記載不要です。

その他の箇所は従来どおりで変更ございません。

変更様式は、依頼書と併せて、各保険者からお送りします。

(2) 手書き以外（電子入力等）の場合

電子カルテ等、各医療機関独自のシステムで作成している場合は、引き続きご利用いただけます。

(3) その他

・本組合及び各市町のホームページからも「主治医意見書入力用PDFフォーム」を、ダウンロードできますので、ぜひ御活用ください。

・上記(1)及び(2)、いずれの場合でも、可能な限り、A4両面での提出をお願いします。

〈旧様式 表面〉

主治医意見書 (提出用)		記入日 令和 年 月 日	
申請者	(ふりがな) _____	男	女
明・大・期 年 月 日 生 (歳)		連絡先 ()	
上記の申請書に関する意見は以下のとおりです。 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 ☐ 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 令和 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 (認定疾患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・令和 年 月 日 頃) 2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃) 3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 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治療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認定疾患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 ☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 褥瘡の看護 ☐ 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(認知力) ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ a ☐ b ☐ a1 ☐ a2 ☐ b1 ☐ b2 ☐ N ☐ 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 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSP) (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) ☐ 無 ☐ 有 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 失禁・不潔行動 ☐ 不眠行動 ☐ 過食行動 ☐ 強迫的行動 ☐ 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 () 種 ☐ 無			

〈旧様式 裏面〉

(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) ☐ 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・杖具の使用(車いす除く) ☐ 用いていない ☐ 頻度で使用 ☐ 頻度で使用	
(2) 栄養・食生活 食事行為 ☐ 自立ないし何と自分で食べられる ☐ 全面的介助 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応方針 ☐ 認知失調 ☐ 転倒・歩行 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心機能低下 ☐ 意識低下 ☐ 褥瘡 ☐ 低栄養 ☐ 脱水・嚥下機能低下 ☐ 尿失禁 ☐ 腸管機能低下 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 () → 対応方針 ()	
(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) 医学的ケアの必要性(特に必要性の高いもの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。) ☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問薬剤師 ☐ 訪問看護管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問看護指導 ☐ 訪問看護指導 ☐ 訪問看護指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療サービス () ☐ 特記すべき項目なし	
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項(該当するものを選択するとともに、具体的に記述) ☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 () ☐ 移動 () ☐ 移動 () ☐ 移動 () ☐ その他 () ☐ 特記すべき項目なし	
(7) 褥瘡の有無(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に必要な医学的な意見等を見守りに影響を及ぼす疾患の状況等の留意点を 含め記載して下さい。特に、介護に要する手段に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付 して頂いても結構です。)	
長谷川氏 点 (令和 年 月) (前回 点 (年 月))	

〈新様式 表面〉

主治医意見書		20201	
保険者名	被保険者番号	医師	記入日
保険者コード		医師	年 月 日
申請者			
年 月 日 生 (歳)			
連絡先			
上記の申請書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 ☐ 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 令和 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 (認定疾患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 (年 月 日 頃) 2. _____ 発症年月日 (年 月 日 頃) 3. _____ 発症年月日 (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治療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認定疾患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 ☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 褥瘡の看護 ☐ 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 ・高齢者の日常生活自立度(認知力) ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ a ☐ b ☐ a1 ☐ a2 ☐ b1 ☐ b2 ☐ N ☐ 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 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSP) (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) ☐ 無 ☐ 有 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 失禁・不潔行動 ☐ 不眠行動 ☐ 過食行動 ☐ 強迫的行動 ☐ 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 () 種 ☐ 無			

〈新様式 裏面〉

氏名		20202	
保険者コード	被保険者番号	医師	記入日
(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) ☐ 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・杖具の使用 (車いす除く) ☐ 用いていない ☐ 頻度で使用 ☐ 頻度で使用			
(2) 栄養・食生活 食事行為 ☐ 自立ないし何と自分で食べられる ☐ 全面的介助 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応方針 ☐ 認知失調 ☐ 転倒・歩行 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心機能低下 ☐ 意識低下 ☐ 褥瘡 ☐ 低栄養 ☐ 脱水・嚥下機能低下 ☐ 尿失禁 ☐ 腸管機能低下 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 () → 対応方針 ()			
(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) 医学的ケアの必要性(特に必要性の高いもの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。) ☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問薬剤師 ☐ 訪問看護管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問看護指導 ☐ 訪問看護指導 ☐ 訪問看護指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療サービス () ☐ 特記すべき項目なし			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項(該当するものを選択するとともに、具体的に記述) ☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 () ☐ 移動 () ☐ 移動 () ☐ 移動 () ☐ その他 () ☐ 特記すべき項目なし			
(7) 褥瘡の有無(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に必要な医学的な意見等を見守りに影響を及ぼす疾患の状況等の留意点を 含め記載して下さい。特に、介護に要する手段に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付 して頂いても結構です。)			
長谷川氏 点 (令和 年 月) (前回 点 (年 月))			