

障がい支援区分 医師意見書記載の要点

◆記入にあたっては次の点について注意してください。

- 医師意見書への記載は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パソコン等を使用することは差し支えありません。記載欄に必要な文字または数値を記載し、□にレ印をつけてください。
- 施設・病院等に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記載してください。
- 主治医として意見書がサービス等利用計画作成の際に利用されることについて同意する場合には、サービス等利用計画を作成する指定特定相談支援事業者に提示されます。なお、申請者本人の同意を得た上で意見書を指定特定相談支援事業者に示す取扱いとなっていることから、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはありません。
- 医師本人の記載であることを確認する必要があることから、医師氏名は医師本人による自署をお願いします。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名及び発症年月日

- 発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記載してください。
- 生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合、より主体であると考えられる傷病を優先して記載してください。なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記載にとどめ、必要であれば、「6. その他特記すべき事項」の欄に記載してください。

(2) 症状としての安定性

- 疾患の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。
- 特に精神疾患や難病等の症状は日内変動、日差変動や、一定の期間内における症状の不安定性があるため、そのことがわかるよう記載をしていただき、必要に応じて支援者からの情報にも留意してください。
- 現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は、安定している旨がわかるよう記載をしてください。

(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

- 障害者においては、居宅内での生活機能の低下に加え、社会参加の機会の減少等様々な要因が加わることによる生活機能の低下が考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。
- 投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、支援上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記載してください。（ただし単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記載するようにしてください。）
- 意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。
- てんかんを認める場合には、発作の種類（部分発作や全般発作）についても記載してください。
- 持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、これに関する情報も記載してください。

2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報

- 身長及び体重について、おおよその数値を記載してください。また、過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する□にレ印をつけてください。

(2) 四肢欠損等

- 支援の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては、（ ）内に具体的に記載してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が支援にどの程度影響するのかという観点から、該当する□にレ印をつけてください。
- 筋力の低下や関節の痛みについては、過去6ヶ月程度で症状がどのように変化したかについて、改善、維持、増悪のうち該当する□にレ印をつけてください。

四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。

関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態。
失調	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫およびずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他の皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害

- 申請者に認められる行動上の障害については、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記載してください。

昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	暴力的な発語。
自傷	主として自分の生命、身体を害する行為。
他害	他人の生命、身体、自由、貞操、名誉、財産等に害を及ぼす行為。
支援への抵抗	支援者の助言や支援に抵抗し、支援に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。
危険の認識が困難	生活の様々な場面において、危険や異常を認識し安全な行動をとる等の行為が困難な状態。
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等の行為を行う状態。体が清潔でないことは含まれない。
異食	正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示す行為。
性的逸脱行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な行動を示す状態。

(2) 精神症状・能力障害二軸評価

- 「精神症状・能力障害二軸評価」の評価基準を参照の上、判定してください。
※審査会での判断に必要な事項のため、必ず記入してください。

(3) 生活障害評価

- 「生活障害評価」の評価基準を参照の上、判定してください。
※審査会での判断に必要な事項のため、必ず記入してください。

(4) 精神・神経症状

- 申請者に認められる行動上の障害以外の精神・神経症状については、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記載してください。
- また、専門科の受診について、該当する□にレ印をつけてください。有に該当する場合には、受診している診療科名について（ ）内に記載してください。

意識障害	自己と周囲の環境を正しく認識することができなくなったり、周囲の環境に対し適切に反応ができなくなった状態。
記憶障害	前向きおよび逆向性の健忘を示す障害。前向き健忘は発症後の新しい情報や出来事を覚えることができなくなり記憶として保持されず、逆向性健忘は発症以前の出来事や体験に関する記憶が障害される。
注意障害	全般的注意障害と方向性注意障害に分類される。 ・全般的注意障害は、ひとつのことに注意を集中したり、多数の中から注意して必要なことを選ぶことなどが困難となる障害。 ・方向性注意障害は、半側空間無視とも呼ばれ、脳損傷の反対側の空間にあるものを無視する障害。
遂行機能障害	目的に適った行動の計画と実行の障害。この障害により自分の行動を制御したり管理することができなくなり、目的に適った行動を取れなくなる。

社会的行動障害	認知障害に基づいて社会生活の中で発現する行動上の障害。すぐに他人を頼る、欲求のコントロールができない、感情を爆発させる、良好な人間関係を築くことができない、ひとつの物事にこだわる、意欲の低下などがある。
その他の認知機能障害	先にあげた障害以外で、日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、思考、判断等の活動に関する障害により環境、新しい問題への適切な対応が困難となる障害。
気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)	気分の変化による障害。
睡眠障害	睡眠の量や質あるいは時間的調節の障害や、睡眠中に生じる挿間性の異常現象の総称。
幻覚	幻覚：幻視、幻聴、幻臭、幻味、幻触、体感幻覚のことである。 幻視：視覚に関する幻覚の一種。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えると感じるもの。 幻聴：聴覚に関する幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。 幻臭：嗅覚に関する幻覚の一種。実際には何も臭わないのに、臭いを感じるもの。 幻味：味覚に関する幻覚の一種。実際には無味であるのに、味を感じるもの。 幻触：触覚に関する幻覚の一種。実際には触れられていないのに、触れられたと感じるもの。 体感幻覚：温度、痛み、運動、平衡などすべての体感における幻覚。
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じている状態。

(5) てんかん

- てんかん発作がある場合は、その発作頻度について該当する□にレ印をつけてください。

4. 特別な医療

- 申請者が過去14 日間に受けた14 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診療行為として行った場合を含む）について該当する□にレ印をつけてください。複数の診療補助行為を受けていた場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。
- 「医師でなければ行えない行為」、「家族/本人が行える類似の行為」は含まれないので注意してください。

5. 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

- 日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性が高い状態があれば、該当する□にレ印をつけ、その際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記載してください。複数の診療補助行為を受けていた場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記載してください。

(2) 障害福祉サービス利用に関する医学的観点からの留意事項

- 申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧	血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。
嚥下	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、具体的に記載してください。
摂食	摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
移動	移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
行動障害	「5. (1)」に記載していただいた行動の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、行動障害が生じないようにするための対応や、生じた際の対処法など具体的に記載してください。

精神症状	「5. (1)」に記載していただいた精神症状について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、精神症状の悪化が生じないようにするための対応や、生じた際の対処法など具体的に記載してください。
その他	その他、医学的観点から、障がい種別に関わらず、サービス利用における留意事項について、()内に具体的に記載してください。

(3) 感染症の有無

- サービス提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症が有る場合には、具体的な症病名・症状等を()内に記載してください。

6. その他特記すべき事項 **重要**

- 主治医として、身体障害、行動障害を伴う知的障害、精神障害、難病についてや、障害支援区分変更を含む区分認定の審査判定及び障害福祉サービスの利用に際し、認定調査項目では把握できない症状・障害の変動性、生活上の機能障害とこれらに起因する支援の必要性や程度を判定する参考となる情報があれば要点を記載してください。特に、他の項目で記載しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記載してください。
- 専門科に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記載してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

精神症状・能力障害・生活障害評価

1. 精神症状・能力障害二軸評価

(1) 精神症状評価

- 精神症状の評価は、知的障害による精神症状の評価を含み、知的障害そのものによる日常生活等の障害は、「(2)能力障害評価」で判定するものとします。

1	症状が全くないか、いくつかの軽い症状が認められるが日常の生活の中ではほぼ目立たない程度である。
2	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内や施設等の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、又は固定化されている。逸脱行動は認められない。又は軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状(欠陥状態、無関心、無為、自閉など)、慢性の幻覚妄想等の精神症状が遷延している。又は中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥(ひどい滅裂や無言症)がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。又は重度のうつ状態、そう状態を含む。
6	活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動(自殺企図、暴力行為など)が認められ、又は最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

(2) 能力障害評価

- 判定に当たっては、①「日常生活あるいは社会生活において必要な「支援」とは助言、指導、介助などを行う」②「保護的な環境(例えば入院・施設入所しているような状態)でなく、例えばアパート等で单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する」ことを考慮します。

1	<p>精神障害や知的障害を認めない、又は精神障害、知的障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に出来る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 適切な食事摂取、身辺の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身辺の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。 ○ 精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。
---	--

2	<p>精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。</p> <p>○ 「1」に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部支援を必要とする場合がある。</p> <p>○ 例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。</p> <p>○ デイケアや就労継続支援事業などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせる事ができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。</p>
3	<p>精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じ支援を必要とする。</p> <p>○ 「1」に記載のことが概ね出来るが、支援を必要とする場合が多い。</p> <p>○ 例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや就労継続支援事業などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言などの支援を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。</p>
4	<p>精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する。</p> <p>○ 「1」に記載のことは常時支援がなければ出来ない。</p> <p>○ 例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。</p>
5	<p>精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。</p> <p>○ 「1」に記載のことは支援があってもほとんど出来ない。</p> <p>○ 入院・入所施設等患者においては、院内・施設内等の生活に常時支援を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の周りの清潔保持も自発的には行えず、常時支援を必要とする。</p>

2. 生活障害評価

(1) 食事

1	適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
2	時に支援や施設等からの提供を必要とする場合があるが、「1」がだいたい自主的にできる。
3	時に支援がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。常時支援を必要とする。
5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。

(2) 生活リズム

1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
2	時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
3	時に助言がなければ、夜更かししたり、朝寝過ごすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
4	就寝や起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らないため、常時支援を必要とする。
5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。

(3) 保清

1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて（週に1回くらいは）、自主的に掃除やかたづけができる。TPO に合った服装ができる。
2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
3	個人衛生を保つためには、週1回程度の支援が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
4	個人衛生を保つために、常時支援を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になる。
5	常時支援をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけをしないか、できない。

(4) 金銭管理

1	1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
2	時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
3	1週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
4	3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、常時支援を必要とする。
5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。

(5) 服薬管理

1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
2	薬の必要性は理解しているにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。（週に1回以下）
3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。（週に2回以上）
4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。常時支援（場合によりデポ剤使用）、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
5	常時支援をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。

(6) 対人関係

1	挨拶や当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
2	「1」が、だいたい自主的にできる。
3	だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの支援を必要とする。
5	助言・介入などの支援してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。

(7) 社会的適応を妨げる行動

1	周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
2	この1ヵ月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
3	この1ヵ月に、そのような行動が何回かあった。
4	この1週間に、そのような行動が数回あった。
5	そのような行動が毎日のように頻回にある。

(注) 本記載例の内容は、一人の申請者の状態を示しているわけではありません。

医師意見書（記載例）

記入日 令和〇年〇月〇日

訂正をされる場合、修正液・修正テープ等は、使用しないでください。

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭・平・令 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等利用計画の作成に当たって利用されることに		<input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 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・令和 〇年 〇月 〇日		
(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	<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

マーカー部分は審査会の重要な判断材料になるため、必ずご記入ください。

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. <u>〇〇〇症 (〇〇〇病)</u>	発症年月日 (昭和・平成 令和 〇年 4月 1日頃)
2. <u>△△△病</u>	発症年月日 (昭和・平成 令和 〇年 4月 1日頃)
3. <u>てんかん</u>	発症年月日 (昭和・平成 令和 〇年 4月 1日頃)

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成・ 令和 〇年 4月 ~ 〇年 6月 (傷病名: <u>△△△病</u>))
2. 昭和・平成・令和 年 月 ~ 年 月 (傷病名:))

2) 症状としての安定性 { 不安定である場合、具体的な状況を記入。
特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。

〇〇炎は、半年~1年で再燃を繰り返している
関節痛、易疲労感は、体調、季節によって変動

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
令和〇年に受診。検査の結果、〇〇〇症と診断。令和〇年10月から自宅療養。
令和〇年4月に△△△病を合併。〇〇炎は、ステロイド治療により軽快。再燃の可能性あり。
(現在〇〇〇〇を1日〇mg投与中、副作用による▽▽▽症状を認める) 関節痛、易疲労感は持続。

身体の状態に関する意見

1) 身体情報	利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長= <u>160</u> cm	体重= <u>60</u> kg	(過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
2) 四肢欠損	(部位: _____)			
3) 麻痺	右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	その他 (部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
4) 筋力の低下	(部位: <u>四肢</u>)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	(過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)			
5) 関節の拘縮	肩関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	肘関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	股関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	膝関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	その他 (部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
6) 関節の痛み	(部位: <u>全身</u>)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	(過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)			
7) 失調・不随意運動	上肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	体幹 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
	下肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
8) 褥瘡	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
9) その他の皮膚疾患	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		

体調、季節によって変動

次頁の3行動及び精神等の状態に関する意見に関連記載項目があります。

この項目は、精神・知的障がいの方については必ず「1」から「5」のいずれかにチェックしてください。身体障がいのみが原因の場合は、「1」にチェックしてください。

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害
 昼夜逆転 暴言 目傷 他害 支援への抵抗 徘徊
 危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行動 その他 ()

(2) 精神症状・能力障害二軸評価 判定時期 平成・令和 ○年 ○月
 精神症状評価 1 2 3 4 5 6
 能力障害評価 1 2 3 4 5

(3) 生活障害評価 判断時期 平成・令和 ○年 ○月
 食事 1 2 3 4 5 生活リズム 1 2 3 4 5
 保清 1 2 3 4 5 金銭管理 1 2 3 4 5
 服薬管理 1 2 3 4 5 対人関係 1 2 3 4 5
 社会的適応を妨げる行動 1 2 3 4 5

(4) 精神・神経症状
 意識障害 記憶障害 注意障害 遂行機能障害
 社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)
 睡眠障害 幻覚 妄想 その他 ()
 専門科受診の有無 有 () 無

(5) てんかん
 週1回以上 月1回以上 年1回以上

1. 傷病に関する意見 の診断名に「てんかん」と記載のある場合、関連記載項目になります。

4. 特別な医療 (現在、定期的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"/> レスプレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の管理
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置 (回数 回/日)		<input type="checkbox"/> 間歇的導尿
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)			
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)			

5. 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 疼痛 脱水 行動障害 精神症状の増悪
 けいれん発作 その他 (ex. 記憶障害、注意障害)
 → 対処方針 (**バリアフリー、杖の使用、鎮痛剤 など**)

(2) 障害福祉サービス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 (ex. 血圧上昇時は入浴を避ける、起立性低血圧に注意)
 嚥下について (ex. 誤嚥防止できざみ食を提供、経管栄養が必要)
 摂食について (ex. よく噛むよう助言する、あればあるだけ食べてしまうのでコントロール必要)
 移動について (ex. 転倒に注意、長距離の移動不可)
 行動障害について (ex. 暴言や突発的な行動があり見守りを要す、衝動的に動き易いため周囲の注意が必要)
 精神症状について (ex. 抑うつ気分が再燃しやすい、意思疎通ができずカッとなり暴力を使うことが多い)
 その他 (ex. 重い物の持ち運びは介助が必要)

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)
 有 () 無 不明

本人の状況に応じ、必要により具体的に記載ください。「その他」は、障がい直接的な要因でないものも記載ください。

6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的なご意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(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。)

ex1. 関節痛、易疲労感は、体調、季節によって変動。悪化の時はADL低下。

一人暮らしのため、家事の援助が必要。QOLの改善が期待できる。

ex2. 重度の記憶障がいや注意障がいがあり日常生活に常に見守りを要し、就労は困難である。

その他、ご本人の状態状況等について、些細な事でも気付いた点を記載してください。