

0 1 5

Application number grid

記入日 令和 年 月 日

Applicant information: Name (フリガナ), Gender, Birth date, Contact info

同意/不同意 checkboxes for consent to use the opinion

医師氏名 (Physician name)

医療機関名 (Medical institution name)

電話 (Phone)

医療機関所在地 (Medical institution address)

FAX

Final consultation date, number of opinion drafts, and medical specialties consulted

1. 傷病に関する意見

1. 傷病に関する意見: Diagnosis, onset date, hospitalization history, and symptoms

2. 身体の状態に関する意見

2. 身体の状態に関する意見: Physical status including limb strength, joint stiffness, and pain

016

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見(\*がついている項目は一次判定に必要なためいずれかを選択してください)

(1)行動上の障害

昼夜逆転  暴言  自傷  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 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(\*) <判定時期 令和 年 月>

食事	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	生活リズム	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
保清	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	金銭管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
服薬管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	対人関係	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
社会的適応を妨げる行動	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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

## 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"/> レスピレーター	<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)			<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	
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 ( )

→ 対処方針 ( )

(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 ( )

・嚥下について ( )

・摂食について ( )

・移動について ( )

・行動障害について ( )

・精神症状について ( )

・その他 ( )

(3)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)

有 ( )  無  不明

## 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利用計画の作成に必要な医学的など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。)