

主治医意見書基礎資料記入シート

氏名		年齢		性別	男・女
記載年月日	[___ 回目] 年 月 日(黒でチェックする)		[___ 回目] 年 月 日(赤でチェックする)		
障害老人の日常生活自立度	正常 生活自立(J1 , J2) 屋内自立(A1 , A2) 屋内介助(B1 , B2) ベッド上(C1 , C2)				
痴呆性老人の日常生活自立度	正常 自立(I) 要注意(IIa , IIb) 要介護(IIIa , IIIb) 常介護(IV) 専門医療(M)				
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日認定)		<input type="checkbox"/> 無		
認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日 (自立 , 要支援 , 要介護 1 , 2 , 3 , 4 , 5)				
介護支援専門員	(氏名) (居宅介護支援事業者名)				
現行の介護サービス					
訪問看護	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 無	通所介護	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 無
訪問介護	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 無	通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 無
訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 有(週 回)	<input type="checkbox"/> 無	その他 ()	週 回	

身体機能

身長	cm	体重	kg	身体の状態		
利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				-図-	
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能					
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かなり大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能					
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他					
嚥下	水分				<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない	
	固形物				<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない	

精神機能

日課の理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	場所の理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	名前を答える	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
季節の理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	短期記憶	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	年齢等を答える	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
日差・日内変動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	物忘れ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ぼんやり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
作話	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同じ話・不快音	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	感情不安定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妄想(被害的)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
収集癖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	大声を出す	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	暴言	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	錯乱	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
異食行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不潔行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	性的行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
徘徊(迷子)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	火の不始末	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	破壊行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自傷	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
暴行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	精神・神経症状の有無		<input type="checkbox"/> 有(症状名) <input type="checkbox"/> 無			

動作能力

寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
端座位	両足接地	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	両足未接地	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立位	両足	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	片足	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまりで自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

ADL (日常生活活動) ・ IADL (日常生活関連活動)

排 泄	尿 意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 無
	便 意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 無
	排尿後の後始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便後の後始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入 浴	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
	洗 体	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
整 容	口 腔 清 潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	洗 顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整 髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	爪 切 り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食 事 摂 取		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更 衣	ボタンのかけ外し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	ズボン・パンツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	靴下の着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
コミュニケーション	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 不可
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 不可
居室の掃除		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
洗 濯		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
調 理		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
服 薬		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
金 銭 管 理		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
電 話 応 対		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
留 守 番		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
買 い 物		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない

生活環境・習慣

食 事 形 態	常, カユ, キザミ, 流動, 経管, 他	常用装具・自具具
同居家族(◎はキーパーソン)	単身, 配偶者, 娘, 息子, 嫁, 婿, 孫, その他()	
住 宅	居室(1階, 2階以上 [エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]), 障害となる環境()	
介護力不足・虐待	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	

医療的管理

処 置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<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"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
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"/> 褥瘡処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 便失禁	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドーム, 留置)	
6ヶ月以内に発生の可能性	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞
介護サービスにおける医学的観点からの留意点	<input type="checkbox"/> 血圧()			
	<input type="checkbox"/> 摂食()			
	<input type="checkbox"/> 移動()			
リハビリテーション	目 標	回復・改善() 維持 環境整備 家族・介護者指導		
	内 容			

特記事項

症状としての安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
<p>.....</p> <p>.....</p>			