

## 様式3

## 主治医意見書依頼票

●作成日： 年 月 日

◇宛 先		◆発信元	
医療機関名		事業所名	
住 所		住 所	
医 師		T E L	
		F A X	
		E - mail	
		氏 名	

日頃より、先生方にはお世話になっております。下記の対象者につきまして、主治医の意見書のご記入をお願い致します。お忙しいところ恐縮ですが、宜しくお願い致します。

■利用者情報									
氏名	ふりがな			TEL					
住所				生活状況	独居・同居・高齢夫婦・その他( )				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( )	歳	性別	男・女	
介護度	申請中(更新・変更)・要支援(1・2)			被保険者番号					
	要介護度(1・2・3・4・5)			有効期間	年 月 日～ 年 月 日				
利用中のサービス				他科受診の状況					
■情報提供									
自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
■中核症状									
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題無		<input type="checkbox"/> 問題有						
意思決定	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> いくらか困難		<input type="checkbox"/> 見守りが必要		<input type="checkbox"/> 判断できない		
伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる		<input type="checkbox"/> いくらか困難		<input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる		<input type="checkbox"/> 伝えられない		
■周辺症状									
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊									
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )									
の周 辺 詳 症 細 状									
■栄養や食事の状態									
■その他特記事項									

※出来上がりましたら、◆発信元までご連絡をお願いします。