

様式3(記入例)

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	○○○○医院	事業所名	○○居宅介護支援事業所
住所	佐世保市○○町○○-○	住所	佐世保市○○町○○-○○
医師	九十九 島雄 先生 御机下	TEL	0956-○○-○○○○
		FAX	0956-○○-○○○○
		E-mail	takeko@xxx.xxx.com
		氏名	弓張 岳子

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	さいかい はしぞう	TEL	0956-○○-○○○○						
		西海 橋蔵								
住所	佐世保市○○町○○-○		生活状況	独居・同居・高齢夫婦・その他						
生年月日	明・大・昭○○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	1	x	x	x	x	x	x
	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	・通所介護(○○事業所) 週/回		他科受診の状況	・○○整形外科(○○医師) 週/回 ・○○○○歯科(○○医師) 2週/回						
■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 checked="" type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有									
意思決定	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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( )										
■栄養や食事の状態										
毎日3食摂取されており、栄養面は特に問題なし。現在義歯の調整のため歯科受診中です。										
■その他特記事項										
最近歩行や外出する機会も減り、両膝の疼痛を訴え自宅でも横になって過ごすことが増えたとのこと相談がありました。話しかけても無気力なことが多く、素っ気ない返答をする傾向があります。										

※出来上がりましたら、◆発信元までご連絡をお願いします。