

●作成日：

◇宛先		◆発信元	
医療機関名		事業所名	
住所		住所	
医師		TEL	
		FAX	
		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	-	-	
		身長	cm	体重	kg
住所	〒 -	生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 子と同居( )名 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦 <input type="checkbox"/> その他( )		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( ) 歳		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中( <input type="checkbox"/> 更新・ <input type="checkbox"/> 変更) <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )		被保険者番号		
利用中のサービス (ブルダウンから入力・その他は直接入力)	<input type="checkbox"/>	( )	有効期間	~	
	<input type="checkbox"/>	( )		他科受診の状況	
	<input type="checkbox"/>	( )			
	<input type="checkbox"/>	( )			
<input type="checkbox"/>	その他( )				
■情報提供					
自立度	障害高齢者 (ブルダウンリストより入力)		認知症高齢者 (ブルダウンより入力)		
■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"/> いづらか困難 <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"/> いづらか困難 <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 ( )					
■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。