

●作成日 : 令和元年5月1日(水)

例:令和元年5月1日の場合、  
5/1と入力する

◇宛先		◆発信元	
医療機関名	〇〇〇〇医院	〒所名	〇〇居宅介護支援事業所
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇	住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇〇
医師	九十九 島雄 先生 御机下	TEL	0956-〇〇-〇〇〇〇
		FAX	0956-〇〇-〇〇〇〇
		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 西海 橋蔵	TEL	0956-〇〇-〇〇〇〇
住所	〒 ××× - ××× 佐世保市〇〇町〇〇-〇	生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 子と同居 ( 4 ) 名 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦 <input type="checkbox"/> その他( )
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 11年 11月 11日 ( 82 ) 歳	性別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 1 )	被保険者番号	1 × × × × × × × × × ×
利用中のサービス (プルダウンから入力・その他は直接入力)	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 週 ( 1 ) 回 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他( )	有効期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日
プルダウンリストから利用中のサービス・単位を選択してください(4つまで選択することができます) その他は直接入力してください			
〇〇整形外科 (〇〇医師) 週/回 〇〇〇〇歯科 (〇〇医師) 2週/回			
■情報提供			
自立度	障害高齢者 (プルダウンから選択) B1. 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う	認知症高齢者 (プルダウンから選択)	I. 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態
■中核症状			
短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有	プルダウンリストから選択してください	
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 ( )			
の周辺症状 細状			
■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。