

介護保険 主治医意見書提出依頼書

令和2年（2020年）2月5日

御中

宇部市長 久保田 后子

別紙の者について、介護保険主治医意見書をご記入のうえ下記期限までに同封の封筒でご返送ください。

受診がない方や入院中などで状態不安定のため、期日までに意見書の記載ができない方については、お手数ですがご連絡いただくようお願いいたします。

本市の認定申請から、認定結果が出るまでの平均日数は、平成29年度は45.9日となり平成19年度と比較し10日程延伸しています。

主治医意見書の提出期限を10日間で設定していますが、平均は19日程となっており、平均30日超の医療機関が複数ある状況です。

認定結果が遅延する場合、その理由や処理見込期間を通知していますが、当該見込期間内の決定もできないケースがあります。

本市としては、現在の遅延期間の延伸は利用者へのサービス低下、ケアマネジャーへの負担増大等の観点から大きな課題ととらえています。

業務多忙の中、当該業務へのご協力をいただいているところ、大変恐縮ですが、期限内のご返信にご協力いただきますようお願い申し上げます。

提出期限：令和2年2月17日

【医師氏名の欄について】

医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名は医師本人による自署をお願いします。医師氏名を自署される場合は、押印の必要はありません。

医療機関の所在地、名称にはゴム印を用いても構いません。氏名にもゴム印を用いる場合は、押印してください。パソコン作成の場合も、氏名には押印してください。

作成料等の請求につきましては、別紙の請求書により山口県国民健康保険団体連合会に送付していただきますようお願いいたします。

【参考】 山口県国民健康保険団体連合会

〒753-8520 山口県山口市朝田1980番地7 TEL (083) 925-2697

※意見書の記入に際しては、厚生労働省のホームページ掲載の「主治医意見書記入の手引き」をご参照のうえ、ご記入ください。特に第2号被保険者の場合、特定疾病の診断内容の所見について、手引き内の「特定疾病にかかる診断基準」をご参照のうえ、ご記入ください。

※意見書の記入に際しては、読みやすい文字で、不備のないようお願い申し上げます。

※受診の際にアンケートの提出があった場合は、そちらをご参照ください。

宇部市健康福祉部 高齢者総合支援課

担当 介護保険係（認定担当）川本

TEL (0836) 34 - 8299

FAX (0836) 22 - 6026

介護保険 主治医意見書提出依頼書

意見書返送希望日： 年 月 日

市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	
市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	
市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	
市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	
市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	
市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	
市町村番号		被保険者番号		認定（更新）申請日	
フリガナ				生年月日	
氏名				性別	
住所				連絡先	
				備考	

医師名（)

主治医意見書①

0305

市区町村
コード

3 5 2 0 2

対象者番号

□□□□□□□□□□

調査回目 □□ 回

管理市町村
コード

□□□□□

医師番号

□□□□□□□□□□

申請日

□□□□年 □□月 □□日

記入日

□□□□年 □□月 □□日

申請者	(ふりがな)	男	〒
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	女	連絡先 ()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに 同意する 同意しない

医師氏名

医療機関名

医療機関所在地

電話 ()

FAX ()

(1) 最終診察日	年 月 日	(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
-----------	-------	-------------	--

(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> その他 ()	

1 傷病に関する意見	(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日
	1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)
	2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)
	3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)

2 特別な医療	(2) 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
	(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

3 心身の状態に関する意見	(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)〕
---------------	---

2 特別な医療	(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)
	処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <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"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 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"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3 心身の状態に関する意見	(1) 日常生活の自立度等について
	・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

3 心身の状態に関する意見	(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
	・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <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 ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない

3 心身の状態に関する意見	(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
	<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 ()

3 心身の状態に関する意見	(4) その他の精神・神経症状
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無)

主治医意見書②

0326

市区町村コード **3****5****2****0****2**

対象者番号

記入日 年 月 日

3 心身の状態に関する意見	(5) 身体の状態	
	利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位:)	
	<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
		<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
		<input type="checkbox"/> その他 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
4 生活機能とサービスに関する意見	(1) 移動	
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
	車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
	歩行補助具・装具の使用 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
	(2) 栄養・食生活	
	食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
	現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
→栄養・食生活上の留意点 ()		
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針		
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊		
<input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()		
→対処方針 ()		
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し		
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明		
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)		
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		
<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()		
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項		
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	・その他 ()	
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明		
5 特記すべき事項	要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)	
情報開示希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		