

介護に関する医師の意見(「主治医意見書」を転記)

(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"/> 易感染症 <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"/> 看護職員による相談・支援 <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 checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )    ・移動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )    ・運動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) ・嚥下 <input checked="" 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ください。)			
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 不明			