

医師意見書

記入日 令和 年 月 日

詳しくは障害者総合支援法における障害支援区分医師意見書記載の手引き(厚生労働省)
<https://www.mhlw.go.jp/content/000736750.pdf>
 あるいはQRコードよりご確認ください。



申請者	(ふりがな)		
	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)	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サービス等利用計画の作成に当たって利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。

医師氏名 _____ 電話 () _____
 医療機関名 _____ FAX () _____
 医療機関所在地 _____

(1) 最終診察日	平成・令和 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診	☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(障害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)

入院歴(直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月(傷病名:)

2. 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月(傷病名:)

(2) 症状としての安定性 不安定である場合、具体的な状況を記入。
特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容

必ず記載してください

2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報 利き腕(☐右 ☐左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐増加 ☐維持 ☐減少)

(2) 四肢欠損 (部位: _____)

(3) 麻痺 部位と程度を記入してください

程度: ☐軽 ☐中 ☐重 左上肢 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

程度: ☐軽 ☐中 ☐重 左下肢 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

その他 (部位: _____ 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

(4) 筋力の低下 (部位: _____ 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

(過去6ヶ月の症状の変動 ☐改善 ☐維持 ☐増悪)

(5) 関節の拘縮 部位と程度を記入してください

肩関節 右 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重) 左 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

右 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重) 左 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

右 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重) 左 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

右 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重) 左 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

その他 (部位: _____ 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

(6) 関節の痛み (部位: _____ 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

(過去6ヶ月の症状の変動 ☐改善 ☐維持 ☐増悪)

(7) 失調・不随意運動 上肢 右 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重) 左 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

体幹 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

下肢 右 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重) 左 (程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

(8) 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

(9) その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

褥瘡がある場合、4.特別な医療の欄にも☑をしてください

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害

☐ 昼夜逆転

☐ 暴言

☐ 危険の認識が困難

☐ 不潔行為

(2) 精神症状・能力障害二軸評価

精神症状評価

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

能力障害評価

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

(3) 生活障害評価

食事

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

生活リズム

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

保清

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

金銭管理

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

服薬管理

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

対人関係

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

社会的適応を妨げる行動

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

(4) 精神・神経症状

☐ 意識障害

☐ 記憶障害

☐ 注意障害

☐ 遂行機能障害

☐ 社会的行動障害

☐ その他の認知機能障害

☐ 気分障害（抑うつ気分、軽躁／躁状態）

☐ 睡眠障害

☐ 幻覚

☐ 妄想

☐ その他（

）

専門科受診の有無

☐ 有（

）

☐ 無

(5) てんかん

☐ 週1回以上

☐ 月1回以上

☐ 年1回以上

(2)と(3)の欄は、障害の種別（身体・知的・精神・難病）に関わらず確認が必要な箇所です。該当する箇所を選択してください。

4. 特別な医療（現在、定期的あるいは頻回に受けている医療）

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置
	☐ 酸素療法	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の管理
	☐ 経管栄養（胃ろう）	☐ 喀痰吸引処置（回数	回／日）	☐ 間歇的導尿
特別な対応	☐ モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）			
失禁への対応	☐ カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）			
	☐ 褥瘡の処置			

5. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

☐ 尿失禁

☐ 転倒・骨折

☐ 徘徊

☐ 褥瘡

☐ 嚥下性肺炎

☐ 腸閉塞

☐ 易感染性

☐ 心肺機能の低下

☐ 疼痛

☐ 脱水

☐ 行動障害

☐ 精神症状の増悪

☐ けいれん発作

☐ その他（

）

→ 対処方針（

）

(2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項

血圧について（

）

嚥下について（

）

摂食について（

）

移動について（

）

行動障害について（

）

精神症状について（

）

その他（

）

(3) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入）

☐ 有（

）

☐ 無

☐ 不明

感染症の有無を選択してください

6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的なご意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。（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。）