

記載例

医師意見書（障害者総合支援法）

板橋区

記入日 平成〇〇年 〇月 〇日 なるべく2週間以内にご返送くださいますようお願いいたします。

申請 記入日の記載漏れがないようにお願いします。 男・女 板橋区板橋区 連絡先 同意欄は必ずどちらかに記載をお願いします。

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 〇〇 〇〇 診療科 内科 医療機関名 〇〇病院 板橋区の様式には、診療科・初診日の記載欄があります。医療機関所在地 板橋区板橋区

(1) 最終診察日 平成 〇〇年 〇月 〇日 初診 平成 20年 4月 1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 脳神経科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 初診日の記載もお願いします。

1. 傷病に関する意見 身体障がい、知的障がい、精神障がい、難病など生活機能低下を引き起こしている傷病を優先して記入してください。 (1) 診断名 (障害の直接の原因) 1. 〇〇〇症(□□□病) 発症年月日 (昭和 平成) 21年 4月 1日頃 ) 2. △△△病 発症年月日 (昭和 平成) 24年 4月 1日頃 ) 3. 発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃 ) 入院歴 (直近の入院歴を記入) 1. 昭和 平成 25年 4月 ~ 25年 6月 (傷病名: △△△病) 2. 昭和・平成 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。 〇〇炎は、半年~1年で再燃を繰り返している。関節痛、易疲労感は、体調、季節によって変動。 (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 平成20年に受診。検査の結果、〇〇〇症と診断。平成23年10月から自宅療養。平成24年4月に△△△病を合併。〇〇炎は、ステロイド治療により軽快。再燃の可能性あり。(現在□□□□を1日1mg投与中、副作用による▽▽▽症状を認める) 関節痛、易疲労感は持続。 症状としての安定性や傷病の経過等も記載してください。

2. 身体の状態に関する意見 身長・体重は支援の必要性の参考となるため、できるだけ記載をお願いします。 (1) 身体情報 利き腕 (右 左) 身長 = 160 cm 体重 = 60 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 右上肢 (程度: □軽 □中 □重) 左上肢 (程度: □軽 □中 □重) 右下肢 (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: 四肢 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 肩関節 右 (程度: □軽 □中 □重) 左 (程度: □軽 □中 □重) 肘関節 右 (程度: □軽 □中 □重) 左 (程度: □軽 □中 □重) 股関節 右 (程度: □軽 □中 □重) 左 (程度: □軽 □中 □重) 膝関節 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: 全身 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) 「麻痺、関節の拘縮」は、一次判定(コンピューター判定)で勘案されます。記載漏れのないようお願いします。

