

(5) 身体の状態
 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)
☐ 四肢欠損 (部位:)
☐ 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)
☐ 筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ 関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ 失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
☐ 褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □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) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □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
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ 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
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 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。)
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス()
☐ 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)
☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 ()
☐ 移動 () ☐ 運動 () ☐ その他 ()
☐ 特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
☐ 無 ☐ 有 () ☐ 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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。

別添4 (略)

(5) 身体の状態
 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)
☐ 四肢欠損 (部位:)
☐ 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)
☐ 筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ 関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ 失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
☐ 褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)
☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □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) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □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
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ 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
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 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。)
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス()
☐ 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)
☐ 血圧 () ☐ 摂食 () ☐ 嚥下 ()
☐ 移動 () ☐ 運動 () ☐ その他 ()
☐ 特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
☐ 無 ☐ 有 () ☐ 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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。 (情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

別添4 (略)