

# 障害者自立支援医師意見書 1 (OCR用)

42

市町村番号

宛番号

422022

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-
	明・大・昭・平・令 年 月 日生( 歳)			

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	
医療機関名	電話 ( )
医療機関所在地	FAX ( )

(1)最終診察日	令和 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	<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"/> 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 (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・平・令 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭・平・令 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭・平・令 年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭・平・令 年 月 ~ 年 月 (傷病名: _____)
2. 昭・平・令 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

## 2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報	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)
(2) 四肢欠損	(部位: _____)
(3) 麻痺	右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(4) 筋力の低下	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)
(5) 関節の拘縮	肩関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 肘関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 股関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 膝関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他 (部位: _____ (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(6) 関節の痛み	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)
(7) 失調・不随意運動	・上肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) ・体肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) ・下肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(8) 褥瘡	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
(9) その他の皮膚疾患	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

