
障害認定支援システム

主治医意見書記入方法ご説明資料

主治医意見書記入方法

611（表面）612（裏面）帳票

- 市町村番号
1つの枠に1文字を記入し、すべての文字（6文字）を記入してください。

<例> 市町村番号
 - 申請日
年月日を『右詰め』で記入してください。（前ゼロも可）

<例> 申請日 平成 年 月 日
申請日 平成 年 月 日
 - 申請番号
1つの枠に1文字を記入し、すべての文字（10文字）を記入してください。

<例> 被保険者番号
 - 日付項目について
年月日を『右詰め』で記入してください。（前ゼロも可）

<例> 記入日 平成 年 月 日
 - その他チェック項目について
チェック項目は以下のようにチェック欄の真中に正しく記入してください。
（レ点の記入方法は別紙「主治医意見書OCRシート記入ガイド」をご参照ください。）

<例>
 - 文字記入欄について
極力枠内からはみ出さないように記入してください。
- ※ 用紙の4辺の6mm内は、文字記入やチェック等はしないでください。
また、赤枠 の周り6mm内も同様です。

611

市町村番号 申請日 平成 年 月 日

障害認定 医師意見書 1

申請番号

申請者 (ふりがな)おかやま たろう 岡山 太郎 明・大・平 40年 10月 15日生 (50歳) 男 700-8544 連絡先 086-803-1111 岡山市北区大供一丁目一番一号

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 年 月 日頃) 2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 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 年 月~ 年 月 (傷病名:) 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。 (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) 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 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: 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: 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)

<数字の記入例> 0123456789

612

障害認定 医師意見書 2

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害 (該当する項目全てチェック)

昼夜逆転 暴言 自傷 他害 支援への抵抗 徘徊

危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行動 その他 ()

(2) 精神症状・能力障害二軸評価 <判定時期 平成 年 月>

・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 <判定時期 平成 年 月>

・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 (該当する項目全てチェック)

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 ()

専門家受診の有無 有 () 無

(5) てんかん

週1回以上 月1回以上 年1回以上

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) (該当する項目全てチェック)

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

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 (該当する項目全てチェック)

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 (その他に該当する場合は、具体的な留意事項を記入)

・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

6. その他特記すべき事項

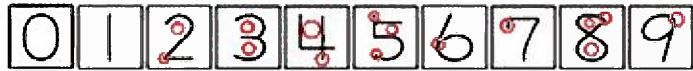
障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的なご意見を記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

Blank box for additional remarks.

主治医意見書OCRシート記入ガイド

1. 文字記入注意事項(手書きの場合は次の点に注意して記入してください。)

(1) 手書き文字標準(○印の部分に注意してください)



(2) 形に注意

- 文字と文字はつなげない



- 文字に飾りはつけない



- 1 枠に 1 文字記入する



(3) 位置に注意



(4) 濃さに注意

- HB 0.5mmのシャープペンが最適



- 文字の訂正は消し残しのないように



(5) 大きさに注意

- 文字枠からはみ出さない



- 文字が小さすぎない



2. チェック文字記入注意事項

(1) レ点文字標準



(2) 位置に注意(最下位手点の角が枠の中に入るようにしてください)

