医療情報シート　※主治医意見書の該当項目から転記、面談等による意見を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　記入日：　　年　　　月　　　日１．現在の病状（１）診断名 | 病院・診療所名　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （２）症状としての安定性 | 　　　　安定　　　　　　　　　不安定　　　　　　　　　　不明 |
| （３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 |  |
| ２．生活機能の現状（１）障害高齢者の日常生活自立度　 　　　認知症高齢者の日常生活自立度　　　　　　　　　 | 　自立　　Ｊ１　　Ｊ２　　Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　　Ｃ２　自立　　　Ⅰ　　Ⅱa 　 Ⅱb 　Ⅲa 　Ⅲb　　Ⅳ　　　Ｍ  |
| （２）認知症の中核症状　　　　 短期記憶　　　　 日常の意思決定を行うための認知能力　　　　 自分の意志の伝達能力 | 　無　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　無　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）自立　　　　いくらか困難　　　　　見守りが必要　　　　　判断できない伝えられる　　いくらか困難　　　具体的要求に限られる　　　伝えられない |
| （３）認知症の周辺症状 | 　無　有　（幻視・幻聴　妄想　昼夜逆転　暴言　暴行　介護への抵抗　徘徊　火の不始末　不潔行為　異食行動　性的問題行動　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （４）その他の精神・神経症状　　　　　専門医受診の有無 | 無　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）無　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （５）身体の状態　　　　 | 利き腕　右　・　左　　　身長　（　　　　ｃｍ）　　体重　（　　　　　㎏）麻痺（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）筋力の低下（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）関節の拘縮（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）関節の痛み（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　失調・不随意運動（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）褥瘡（　　　　　　　　　　）　その他の皮膚疾患（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３．今後の見通しと療養上留意すること（１）現在発生しているまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針 | 状態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）対処方針（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （２）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 |
| （３）医学的管理の必要性 |  |
| （４）サービス提供における医学的観点からの留意事項 |  |
| ４．特記すべき事項 |  |

　　年　　月　　日　開催のサービス担当者会議に出席できないので、主治医から出席者に伝えたいこと。

|  |
| --- |
| ①ケアプラン原案について②サービス、サービス提供スタッフ等に対する意見・指導・助言 |

個人情報の管理に厳重注意！