# Ⅵ　その他

## １．医師意見書様式

### 障害支援区分・医師意見書

北九州市

記入日　令和　　年　　月　　日

| 受給者番号 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者 | （ふりがな）<br><br>明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　歳） | 男・女 | 〒　　－<br><br>連絡先　　（　　） |

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
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（自署）
医 療 機 関 名　　電　話　　（　　）
医療機関所在地　　ＦＡＸ　　（　　）

| | |
|---|---|
| （１）最 終 診 察 日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| （２）意見書作成回数 | □初回　　□２回目以上 |
| （３）他　科　受　診<br>□受診 無 | □内科　□精神科　□外科　□整形外科　□脳神経外科　□皮膚科　□泌尿器科<br>□婦人科　□眼科　□耳鼻咽喉科　□リハビリテーション科　□歯科　□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（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃）
２．＿＿＿＿＿＿＿＿　発症年月日（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃）
３．＿＿＿＿＿＿＿＿　発症年月日（昭和・平成・令和　　年　　月　　日頃）

入院歴（直近の入院歴を記入）
１．昭和・平成・令和　　年　　月 ～　　年　　月（傷病名：　　）
２．昭和・平成・令和　　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（□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　（□無）（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿）
（３）麻痺　（□無）　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　（□無）（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　（□無）　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　（□無）（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（□無）　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　（□無）（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）
（９）その他の皮膚疾患（□無）（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）

注）［　　］部分はコンピュータ判定で活用しますので、特に記入漏れのないようお願いします。

| 受給者番号 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## ３．行動及び精神等の状態に関する意見

**（１）行動上の障害**　□下記の障害は無い

□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・令和＿＿＿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　〈判断時期　平成・令和＿＿＿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**　□下記の症状は無い

□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（　　）

**精神・神経症状に関する専門科受診の有無**　□有（　　）　□無

**（５）てんかん**

（□無）　□週１回以上　□月１回以上　□年１回以上

**注）□　部分はコンピュータ判定で活用しますので、特に記入漏れのないようお願いします。**

## ４．特別な医療（現在、定期的あるいは頻回に受けている看護職員等からの診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む））

□下記の医療は無い

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

## 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**

□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**

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等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（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。）

２．障害支援区分判定結果の情報提供

障害支援区分判定結果に関する情報は、「北九州市障害支援区分認定等に係る情報提供制度運営要綱」に基づいて、医師意見書を記載した医師の申し出（所定の申出書の提出）により提供されます。情報提供（資料提供）を希望される場合は、下記の手順でお申し出ください。

（１）提出書類「障害支援区分認定に係る資料提供申出書（医師用）」の記載

| | | |
|---|---|---|
| 申出者 | ① 医師氏名 | 門司　二郎 |
| | 医療機関名 | 門司内科医院 |
| | 住　　所（所在地） | 〒８０２－００７７<br>北九州市小倉北区馬借１－７－１<br>TEL０９３（５２２）８７５５ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 氏　　名 | 北九　太郎 | 受給者番号 | ② ９８７６５４３２１０ |
| | 生年月日 | 昭和６３年　１月１１日 | | |
| | 住　　所 | 北九州市小倉北区城内１－１ | | |

①申出者（医師意見書の記載医師）　「医師氏名」

医師意見書を記載した医師名を記載してください。

②申請者（医師意見書の記載対象者）　「受給者番号」

番号は「障害支援区分・医師意見書の提出について（お願い）」に記載している「受給者番号（１０桁）」を記載してください。

（２）提出方法

記載した上記（１）を、医師意見書を提出（郵送）する際に同封してください。

（３）資料の提供

申請者が区役所窓口申請時に、介護給付費・訓練等給付費支給申請書「同意欄」に医師意見書の記載医師に情報提供してもよいという同意をおこなった場合に限り、申請者の障害支援区分判定結果を事務局からお知らせします。

なお、今回の申請において、情報提供の要件の一つ（申請者の同意）を満たしていない場合は、提出書類をお届けしておりませんので、ご了承ください。

ご不明な点がありましたら北九州市障害支援区分認定審査会事務局へお問い合わせください。

# 問い合わせ先一覧

## ●手引き及び医師意見書に関する問い合わせ

**北九州市障害支援区分認定審査会事務局**

**（保健福祉局地域リハビリテーション推進課障害認定係）**

**〒802-8560 北九州市小倉北区馬借一丁目７番１号**

**ＴＥＬ　０９３（５２２）８７５５**

**ＦＡＸ　０９３（５２２）８７５６**

## ●障害福祉制度に関する問い合わせ

北九州市（各区役所）保健福祉課高齢者・障害者相談係

門 司 区　０９３（３３１）１８８１㈹

小倉北区　０９３（５８２）３４３０

小倉南区　０９３（９５１）４１２６

若 松 区　０９３（７５１）４８００

八幡東区　０９３（６７１）４８００

八幡西区　０９３（６４２）１４４１㈹

戸 畑 区　０９３（８８１）４８００