

主治医意見書作成にあたっての注意事項

日頃、介護保険要介護認定に係る主治医意見書の作成におきましては、多大なご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

主治医意見書作成の際、恐れ入りますが、下記のことにご留意くださいますようお願い申し上げます。

◆ 意見書の記入について

- ・必ず黒のボールペンでご記入をお願いします。
- ・□内のチェックは斜め線で、はっきりと記入してください。
- ・記載事項を訂正する場合は、二重線を引き訂正をしてください。
※訂正印は押さないでください。(システムエラーとなるため)
- ・機械で読み取るため、欄外に記入しないよう注意してください。(欄外部分は反映されないため)
- ・機械で読み取るため、両面印刷をしないでください。

◆ 意見書作成手数料請求書の記入について

- ・合計欄には訂正印の使用ができません。誤りがあった場合は市までご連絡ください。
- ・作成途中に記載誤りした際は、市までご連絡ください。再度書類を送付いたします。訂正印で修正できる場合は、ご連絡の必要はございません。
- ・詳細につきましては裏面をご覧ください。

◆ 口座振替登録票について

- ・口座情報の変更や住所変更等があった際には、新しく登録票をご提出いただく必要がございます。お手数ですが、市までご連絡ください。

【問合せ先】

小金井市福祉保健部介護福祉課認定係
〒184-8504
東京都小金井市本町六丁目6-3
042-387-9804(直通)

押さえておきたい

主治医意見書記入のポイント（記入例）

■ 主治医意見書1	
保険者番号	132100
被保険者番号	
施設 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/>	記入日 令和 年 月 日
医師氏名	
医療機関名	
医療機関所在地	
電話 FAX	
(1)最終診察日	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)他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(有の場合) <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"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
1. 傷病に関する意見	
(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下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 (年 月 日頃)	
2. 発症年月日 (年 月 日頃)	
3. 発症年月日 (年 月 日頃)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(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治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	
2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)	
処置内容	<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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
特別な対応	<input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
失禁への対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
3. 心身の状態に関する意見	
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない	
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない	
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊	
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 (科) <input type="checkbox"/> 無)	

医師名は自署してください。
印鑑は不要です。

医師から介護支援専門員に医療情報を積極的に提供するという観点から、同意を原則としてください。申請者本人の同意は申請段階で確認されており、主治医には「守秘義務」に関する問題は生じません。

最後に診察した日を記入してください。

チェック漏れの無いよう記入してください。

不安定にチェックした際、必ず具体的な状況を記入してください。

利き腕

介護の手間を考える上で、必ず記入してください。

身長・体重

移乗、入浴介護等、介護の手間を考える上で必要となります。

体重の変化は、栄養状態の把握の目安となります。

意見書2

保険者番号 被保険者番号

(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)

チェック漏れの無いよう記入してください。

現在の栄養状態で不良にチェックした際、留意点を記入してください。

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ください)

☐ 無 ☐ 有() ☐ 不明

主治医がサービスの必要性を判断して記入してください。

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。)

生活機能の状態、生活や家族環境、療養の様子、栄養の問題、口腔内の状況、予防給付の適否、リハビリテーションの目標等々、要介護度の判定やケアプラン作成、サービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば、具体的に情報を記載してください。

主治医意見書作成手数料請求書の記入の注意事項

下記の記載例を参考に、請求書をご記入くださいますようお願いいたします。ご不明点等ございましたら、1 ページ目の問合せ先までご連絡ください。

【記載例】

介護保険 主治医意見書作成料請求書

代表者名をご記入いただき、必ず押印をお願いいたします。印は口座登録振替票と同じものを押印してください。

令和 7		年	12	月分
市		保険者番号 132100		
請求医療機関	医療機関コード	○○○○○○○○○○		
	医療機関名称	○○病院		
	代表者	小金井 次郎 印		
	〒	○○○○-○○○○		
所在地		○○○市○○町○-○-○		
電話番号		○○○-○○○○		

依頼番号は記入不要です。

依頼日	○年○月○日	依頼番号		保険者確認	※
作成日	○年○月○日	意見書送付日	○年○月○日		

意見書作成料	種別	①.在宅 ②.施設	1.新規 ②.継続	金額	4	0	0	0	円
--------	----	-----------	-----------	----	---	---	---	---	---

内訳	点数	摘要
診断		
検査		
合計	0	

◎太枠は、必ず記入してください。

※請求 該当する場合、小数点以下を四捨五入して、1点につき10円を乗じてください。

※請求 せん。

請求額	意見書料	4	0	0	0	円
診断・検査費用				0	円	
消費税		4	0	0	円	
合計	4	4	0	0	円	

税抜きの金額をご記入ください。

合計欄の記入を誤った場合、お手数ですが、お書き直しとなります。恐れ入りますが、用紙をお送りしますので市までご連絡ください。

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な影響に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき換算した額を請求することができず。

「医師の判断に基づき行う検査の範囲」

・胸部単純X線撮影 ・血液一般検査 ・血液化学検査 ・尿中一般物質定性半定量検査