

赤枠部分については、同封の「主治医意見書（手書き用）」から転記をお願いいたします。

入力内容の初期化

## 主治医意見書

表面

9 9 4 0 7

保険者名 鶴ヶ島市

保険者コード

1 1 2 4 1 7

被保険者番号

医療  
機関

医師

記入日

年 月 日

申請者

(フリガナ)

年 月 日生 ( 歳)

〒

連絡先

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、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに

同意する。

同意しない。

医師氏名

医療機関名

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

初回

2回目以上

(3) 他科受診の有無

有  無

(有の場合) →  内科  精神科  外科  整形外科  脳神経外科  皮膚科  泌尿器科

赤枠部分については、同封の「主治医意見書（手書き用）」から転記をお願いいたします。

裏面

氏名

保険者コード

1 1 2 4 1 7

被保険者番号

9 9 4 0 8

(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 )