**介護保険主治医意見書依頼時の情報提供書 （金沢市医師会）**

**記入年月日 20 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **居宅介護支援事業所****地域包括支援センター** |  |
| **記入者名** |  |
| **連絡先** | **ＴＥＬ：** | **ＦＡＸ：** |

**今回の申請（　新規　更新　変更　）　・　現在の介護度（　　　　　　　）**

|  |
| --- |
| **氏名　　　　　　　　　　生年月日　明・大・昭　　年　　 月　　 日生 （　　　歳）** |
| **同居者： 無　 有** | **同居者名** | **（続柄　　　 ）** |
| **主な介護者** | **主な介護者名**  | **（続柄　　　 ）** |

**現在通院している医療機関名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **医療機関名** | **科名** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |

1. **最近の様子について**

**（　　）安定していた**

**（　　）変化した　【 悪化　 回復 】**

**具体的に**

1. **認知症について**

**認知症　【 有　 疑い　 無 】　： BPSD【 有　 無 】**

**具体的な症状**

**HDS-Rや MMSEなどの検査の必要性【 有　 無 】**

1. **体重について**

**現在　　 ㎏　【変化なし・減った・太った・むくんだ・測定していない】**

1. **服薬状況について【 良好　 他 】**

**他の状況**

1. **口腔内ケアの状態　【 良い　 普通　 悪い 】**

**かかりつけ歯科医**

1. **介護上特に困っていること、今後悪化すると思われること**

**例： 状態の悪化・介護者の負担が大きい・認知症の進行　など**

**◎ 一番最近のケアプランを持参ください。**

**本人同意欄（自署）　　　　　　　　　　　（同意日 20 年 月 日）**

**自著できない場合　代筆者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）**