（別添３）

主治医意見書

記入日　平成　年　月　日

申請者	（ふりがな） 明・大・昭　年　月　日生（　歳）	男・女	〒　－ 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　　電話　（　）
医療機関所在地　　FAX　（　）

（1）最終診察日	平成　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 □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（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　（昭和・平成　年　月　日頃）
2．　発症年月日　（昭和・平成　年　月　日頃）
3．　発症年月日　（昭和・平成　年　月　日頃）

（2）症状としての安定性　□安定　□不安定　□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投薬内容を含む治療内容
〔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〕

２～５　（略）

（別添３）

主治医意見書

記入日　令和　年　月　日

申請者	（ふりがな） 明・大・昭　年　月　日生（　歳）	男・女	〒　－ 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　　電話　（　）
医療機関所在地　　FAX　（　）

（1）最終診察日	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 □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（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　（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）

（2）症状としての安定性　□安定　□不安定　□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投薬内容を含む治療内容
〔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〕

２～５　（略）