

診 断 書

| | |
|------|-------|
| 住 所 | 八幡浜市 |
| 氏 名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |

上記の者は 年 月 日現在、下記の状態であることを認めます。

年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____

記

1. 傷病に関する状況

| | |
|------|--|
| 診断名 | |
| 特記事項 | |

2. 心身の状況

| |
|--|
| <p>●障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）※ <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</p> <p>●寝たきりになった時期： _____ 年 _____ 月頃 (継続期間 _____ 年 _____ ヶ月)</p> <p>●認知症高齢者の日常生活自立度（介護保険の主治医意見書と同基準） <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</p> <p>●認知症の有無： <u>有</u> ・ <u>無</u></p> <p>●特記事項 〔 _____ 〕</p> |
|--|