

診 断 書

住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 性別 _____ 男・女

上記の者は平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在、以下の状態であることを認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____



1 傷病に関する状況

診断名

特記事項

(_____)

2 心身の状況

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） ※

J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 ※

I II a II b III a III b IV M

※介護保険の主治医意見書と同基準

特記事項

(_____)