

診 断 書

| | | | |
|----|------|-------|--------|
| 住所 | | | |
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | 性別 男・女 |

上記の者は 年 月 日現在、以下の状態であることを認めます。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名 ⑩

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） ※ |
| <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 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 ※ |
| <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |
| ※ <u>介護保険の主治医意見書と同基準</u> |
| 特記事項 |
| (_____) |