

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 印

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
※介護保険の主治医意見書と同基準
特記事項
(_____)