

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>
--