

障害者控除対象者認定に係る診断書

年 月 日

(あて先) 泉大津市社会福祉事務所長

医療機関名
所在地
診療担当科名
医師氏名

次のとおり診断します。

対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
診断基準日		年 月 日

*以下、該当するものを選んで、どれか一つを○で囲んでください。

障害高齢者の日常生活自立度	C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。				
	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。				
	A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。				
	J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。				
寝たきりになった時期		年 月頃 (継続期間 年 か月間)				
認知症の有無		1	有	2	無	
認知症高齢者の日常生活自立度	M	著しい精神症状や問題行動又は重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。				
	IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動又は意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。				
	III	日常生活に支障を来たすような症状・行動又は意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。				
	II	日常生活に支障を来たすような症状・行動又は意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。				
	I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。				