

診 断 書

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

病 名 _____

初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発病時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入 院 歴 無 ・ 有 ⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

手 術 歴 無 ・ 有 ⇒ (_____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

患者の状況についてお答えください。

問1 「日常生活の制限・介助の必要性」についてご記入ください。(○をつけてください)

(1) **食事**について ⇒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 (_____)

(2) **排泄**について ⇒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 (_____)

(3) **歩行**について ⇒ 独歩可 ・ つかまればできる ・ 不可 ・ その他 (_____)

(4) **着脱**について ⇒ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 (_____)

(5) 上の(1)~(4)のほか、制限・介助が必要な場合は具体的に記入ください

問2 治療状況または方針をご記入ください。

現在…

今後…

問3 今後必要と考えられる通院頻度をご記入ください。

(_____ か月 ・ _____ 週 ・ _____ 日) に (_____ 回) の通院が必要と考えます。

問4 医学的見地から、患者に対して「付き添い(介助)」が必要と考えますか。

(1) 自立であるため必要ないとする。

(2) (自宅 ・ 病院) での、一部介助が必要である。

(3) (自宅 ・ 病院) での、全介助が必要とする。

(4) その他 [_____]

以上のとおり診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名

医 師