

# 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 日から 年 月 日）

手 術 歴 無 ・ 有⇒（ 年 月 日から 年 月 日）

次の質問にお答えください。

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（ ）

上の(1)～(4)以外で制限・介助が必要な場合は具体的にご記入ください

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・月・週）に（ \_\_\_\_ 日）の通院が必要と考えます。

問4 医学的見地から、患者に対しては「付き添いが必要」と考えますか？

(1) 自立のため必要ないと考える。

(2) （自宅・病院）での、部分的な付き添いが必要である。

(3) （自宅・病院）での、全介助が必要と考える。

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師

印