

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 ⇒ 独立可・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・ _____ 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考える。
- (2) (自宅・病院)での、一部介助が必要である。
- (3) (自宅・病院)での、全介助が必要と考える。
- (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