ねたきり老人等扶養手当支給申請診断書

1．氏　　名		男・女	年　　月　　日生
2．住　　所	串本町		
3．病　　名		病気の原因	年　　月　　日
4．現在の医学的主要症状			
5．医療の必要性	原　　病 合併症　}に対して医療が 老　　衰		1．必要である 2．必要でない 3．監視の要あり 4．監視の要なし

6．現在の状態　　次のA・Bのうちどちらか**該当する方に○をして下さい。**
どちらにも該当しない場合はCに○をして下さい。

A．　一日中ベッド（ふとん）上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

自力で寝返りが　　1．できる　　2．できない

B．屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド（ふとん）の上での生活が主体であるが座位を保つ。

座る動作は＜　1．自力でできる　2．介助物でできる　3．他人の介助でできる

座る時間は＜　1．10分以下　2．10分以上

用　便　は　　1．自力でできる　　2．他人の介助でできる

食　事　は　　1．自力でできる　　2．他人の介助でできる

衣服の着替は　　1．自力でできる　　2．他人の介助でできる

C．　上記A、Bのどちらにも該当しない。

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞