

ねたきり老人等扶養手当支給申請診断書

1. 氏名		男 ・ 女	明治 大正 年 月 日生 昭和
2. 住所	串本町		
3. 病名		病 気 の 原 因	昭和 年 月 日 平成
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。

平成 年 月 日

医療機関名 _____
所在地 _____
医師の氏名 _____ (印)