

障害者控除対象者認定主治医意見書

（基準日 年 12 月 31 日）

記入日 年 月 日

対象者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先	( )

医師氏名.....(印)  
 医療機関名.....電話.....( )  
 医療機関所在地.....FAX.....( )

1 傷病に関する意見

(1) 診断名及び発症年月日

1.....発症年月日 ( 年 月 日頃 )

2.....発症年月日 ( 年 月 日頃 )

3.....発症年月日 ( 年 月 日頃 )

2 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 理解及び記憶

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限定 伝えられない

・食事 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ( )

無

(4) その他の精神・神経症状

有〔症状名: ] 無

(5) 身体の状態

四肢欠損 (部位: ..... 程度: 軽 中 重) 麻痺 (部位: ..... 程度: 軽 中 重)

筋力低下 (部位: ..... 程度: 軽 中 重) 関節拘縮 (部位: ..... 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 (部位: ..... 程度: 軽 中 重)

(6) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

(7) 介護者の援助を全面的に必要とし、1日中ベッドの上で過ごすことが6ヵ月以上続いている

続いている 続いていない

3 その他特記すべき事項