様式２（第５条関係）

あわら市障害者控除認定にかかる診断書

記入日　　年　　月　　日

患　者　名	（ふりがな）	男・女	〒　　－
	明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）		連絡先　　（　　）

上記の申請者に関する診断は以下の通りです。

主治医として、障害者控除認定の判断資料に利用されることに　□同意する。　□同意しない。

医師氏名　　電話　　（　　）

医療機関名

医療機関所在地　　FAX　　（　　）

（１）最終診察日	年　　月　　日
（２）他科受診の有無	□有　□無 （有の場合）→□内科□精神科□外科□整形外科□脳神経外科□皮膚科□泌尿器科 □婦人科□眼科□耳鼻咽喉科□リハビリテーション科□歯科□その他（　　）

１．傷病に関する意見

（１）診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については１.に記入）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）症状としての安定性　□安定　□不安定　□不明

（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）

（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

〔最近（概ね６ヶ月以内）介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

２．特別な医療　（過去１４日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	□点滴の管理　□中心静脈栄養　□透析　□ストーマの処置　□酸素療法 □レスピレーター　□気管切開の処置　□疼痛の看護　□経管栄養
特別な対応	□モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）　□褥瘡の処置
失禁への対応	□カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）

３．心身の状態に関する意見

（１）日常生活の自立度等について

・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）認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

・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　□具体的要求に限られる　□伝えられない

（３）認知症の周辺症状　（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

□無　□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（　　）

（４）その他の精神・神経症状

□無　□有　〔症状名：　　専門医受診の有無　□有　（　　）□無〕

（5）身体の状態

利き腕　（□右　□左）　身長＝　　cm 体重＝　　kg（過去６ヶ月の体重の変化　□　増加　□　維持　□減少　）

□四肢欠損　　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□麻痺　　□右上肢（程度：□軽　□中　□重）　□左上肢（程度：□軽　□中　□重）

□右下肢（程度：□軽　□中　□重）　□左下肢（程度：□軽　□中　□重）

□その他（部位：　　程度：□軽　□中　□重）

□筋力の低下　　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）

□関節の拘縮　　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）

□関節の痛み　　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）

□失調・不随意運動　・上肢　□右　□左　　・下肢　□右　□左　　・体幹　□右　□左

□褥瘡　　（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）

□その他の皮膚疾患（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　程度：□軽　□中　□重）

４．生活機能とサービスに関する意見

（1）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

歩行補助具･装具の使用(複数選択可)　□用いていない　□屋外で使用　□屋内で使用

（2）栄養・食生活

食事行為　□自立ないし何とか自分で食べられる　□全面介助

現在の栄養状態　□良好　□不良

→　栄養･食生活上の留意点（　　）

（3）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁　□転倒・骨折　□移動能力の低下　□褥瘡　□心肺機能の低下　□閉じこもり　□意欲低下　□徘徊

□低栄養　□摂食・嚥下機能低下　□脱水　□易感染性　□がん等による疼痛　□その他（　　）

→　対処方針　（　　）

（4）感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

□無　□有　（　　）　□不明

５．特記すべき事項

現状で引き続き６ヶ月以上にわたって身体の障害により寝たきりの状態で、複雑な介護を必要とする（介護を受けなければ自ら排便等をすることができない程度の状態にあると認められる）状態かどうかのご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。