

別記第 1 号様式（第 4 条関係）

診 断 書			
氏名		男 ・ 女	年 月 日生 (歳)
住所			
尿	蛋白 - ± + 糖 - ± +		
血压			
眼	視力 左 () 眼疾 右 () トラコーマ 無 有		
循環器		胸部X線所見（間・直） 年 月 日撮影	
呼吸器			
皮膚			
認知症	無 ・ 有		
梅毒検査	陰性 ・ 陽性		
HB S 抗原	陰性 ・ 陽性		
検便	虫卵 無 ・ 有	赤痢菌	無 ・ 有
※陽性の場合定量及び治療効果等の所見検査結果表の添付をお願いします。			
入浴の可否			
施設への 移送の可否			
その他所見			

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関名
担当医師名

印

別記第1号様式（第4条関係）

身体 の 状 況	障害の程度	種 級		部位	
	視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 喪失			
	聴 力	☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴			
	言 語	☐ 普通 ☐ 障害あり ☐ 喪失			
	特記事項				
精 神 の 状 態	記 憶	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 大変悪い			
	意思の疎通	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 大変悪い			
	問題行動 (具体的に)				
日 常 生 活 動 作 の 状 況	歩 行	☐ 自分で歩ける	☐ 器具又は介助によりできる	☐ 歩行不可能	
	排 泄	☐ 自分で便所に行ける	☐ 夜間おむつを使用 ☐ 尿器を使用	☐ 常時おむつ使用	
	食 事	☐ スプーン等を使用すれば自分で食事ができる	☐ スプーン等を使用し、一部介助すれば食事ができる	☐ すべて介助しなければならない	
	入 浴	☐ 自分で入浴でき、洗える	☐ 洗う時や浴槽の出入りに介助を要する	☐ すべて介助しなければならない	
	着 脱 衣	☐ 自分で着脱できる	☐ 手を貸せば着脱できる	☐ すべて介助しなければならない	
介護上の留意点					