

障害者控除対象者認定主治医意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 ー 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		

医師氏名	印
医療機関名	電 話 ()
医療機関所在地	FAX ()

疾病に関する意見

(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) 障害の直接の原因となっている疾病の経過

心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等

・障害老人の日常生活自立度（ねたきり度） ☐正常 ☐J 1 ☐J 2 ☐A 1 ☐A 2 ☐B 1 ☐B 2 ☐C 1 ☐C 2

・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐正常 ☐I ☐II a ☐II b ☐III a ☐III b ☐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（該当する事項全てにチェック）

☐有 ☐無

(有の場合) ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐介護への抵抗 ☐暴言 ☐暴行 ☐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) 精神・神経症状の有無

☐有 (症状名) ☐無

(5) 身体の状態

利き腕 (☐右 ☐左) 体重 = () kg 身長 = () cm

☐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) ☐間接拘縮 (部位： 程度：☐軽 ☐中 ☐重)

☐失調・不随意運動 (部位： 程度：☐軽 ☐中 ☐重)

その他特記すべき事項