

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	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		連絡先	()
..... 医師氏名..... 印.....		 電話 ().....	
..... 医療機関名.....		 FAX ().....	
..... 医療機関所在地.....			

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

.....