

様式第2号（第3条関係）

介護手当 認定診断書（寝たきり用）

(ふりがな) 氏 名	-----	男・女	生年月日	年 月 日
住 所			将来再認定の要	有（ 年後）・無
寝たきりの状態 になった時期	年 月 ころ		寝たきりの期間	年 箇月
寝たきりになっ た原因	(1)脳卒中 (2)リウマチ・神経痛 (3)高血圧症 (4)心臓疾患 (5)眼疾患 (6)ぜんそく (7)結核 (8)ガン (9)事故 (10)老衰 (11)その他_____			
日常生活動作の状況				
事 項	1 全 介 助	2 一 部 介 助	3 自 分 で 可	
ア 歩 行	1 歩行不可能（寝たきり）	2 付添いが手や肩を貸せば歩ける。	3 杖等を使用し、かつ、時間がかかっても自分で歩ける。	
イ 排 せ つ	1 常時おむつを使用している。	2 介助があれば簡易便器でできる。 2 夜間はおむつを使用する。	3 自分で昼夜とも便所でできる。 3 自分で昼は便所、夜は簡易便器を使ってできる。	
ウ 食 事	1 臥床のままで食べさせなければ食事ができない。	2 スプーン等を使用し、一部介助すれば食事ができる。	3 スプーン等を使用すれば自分で食事ができる。	
エ 入 浴	1 自分でできないのですべて介助しなければならない。 1 特殊浴槽を利用している。 1 清拭を行っている。	2 自分で入浴できるが、洗うときだけ介助を要する。 2 浴槽の出入りに介助を要する。	3 自分で入浴でき、洗える。	
オ 脱 着 衣	1 自分でできないのですべて介助しなければならない。	2 手を貸せば、着脱できる。	3 自分で着脱ができる。	
備考				
上記のとおり診断します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科目 医師氏名 (印)				

認 定 審 査
総合点数 点
1 認定する
2 非認定とする