

診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日（ 歳）	性別	1.男 2.女
住 所			
疾 患 名			

（サービスを必要とする身体状況等）

身体障害者 手 帳	1.あり（等級____級） 2.なし	発症時期	年 月（ 歳）
初診日	年 月 日		
介護認定	1.要介護（要介護度____） 2.要支援（1・2） 3.なし		
生活状況	社会活動 1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他（ ） 日常生活 1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助		
受診状況 （最近6ヶ月）	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院（____回／月） 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他（ ）		
現在の 身体状況			

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

担当医師氏名 _____ ㊞