

診 断 書

年 月 日生

患者氏名

患者住所

疾病名

症状

(以下、4項目について該当するものに○をつけて下さい)

1. 在宅で療養が可能な程度に症状が安定しているか否か。

在宅での療養は可能である。

在宅での療養は不可能である。

2. 生活状況の評価

○食事	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
○更衣	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
○移乗(※)・屋内での移動	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助
○屋外での移動	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助

※移乗:ベットから椅子、車椅子への移動

【評価基準】

1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる
2. 部分介助 1. 自立と 3. 全介助の間
3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態

3. 常時(24時間)人工呼吸器を装着する必要があるか否か。

常時装着する必要がある。

常時装着する必要はない。

4. 概ね1年以内に離脱の見込があるか否か。

離脱の見込がある。

離脱の見込なし。

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(署名)