

別紙 （介護補償請求）

診 断 書		
1	氏 名	
2	傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）	
3	障害の現状	
4	日常生活の状態	
	①行動能力 <input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる	（理由  ）
	②食 事 <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	（理由  ）
	③用 便 <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	（理由  ）
	④精神能力 <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	（理由  ）
	⑤言語能力 <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあ うことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	（理由  ）
5	今後の見込み	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>上記のとおり診断します。</span> <span>年    月    日</span> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div> <div style="margin-bottom: 5px;">所在地</div> <div style="margin-bottom: 5px;">名称</div> <div style="margin-bottom: 5px;">医師等の氏名</div> </div> </div> </div>		