

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"/> 常に他人の厳重な注意を要する <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		
上記のとおり診断します。		年 月 日
医療機関	所在地 名称 医師等の氏名	