

(別紙)

紙おむつ支給認定診断書 (重度認知症者用)				
1	(ふりがな) 氏名		男・女	2 生年月日 年 月 日
3	住所	いちき串木野市		4 障害の原因となった傷病名
5	傷病発生日	主な精神障害 合併精神障害 合併身体障害	年 月 日 年 月 日 年 月 日	6 合併症 精神障害 身体障害
7	4のため、初めて医師の診断を受けた日	年 月 日	8 将来再認定用の	有(年後)・無
9	現症歴(陳述者から聴取) ア 発病以来の病状と経過	陳述者の氏名 _____ 患者との続柄 _____ イ 発病以来の治療歴 (病院名) (治療期間) (入院・外来別) (主な療法) (転帰) (ア) 年 月～年 月 入・外 (イ) 年 月～年 月 入・外 (ウ) 年 月～年 月 入・外 (エ) 年 月～年 月 入・外		
現 症	10 知能障害	知能指数又は発達指数(IQ・DQ) _____ テスト方式() テスト不能 判定(最重度・重度・中度・軽度)		
	11 意識障害	1 けいれん発作 2 精神運動発作 3 もうろう状態 4 小発作 5 その他()		
	12 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情鈍麻 6 不安 7 恐怖 8 脅迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他()		
	13 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 移動 4 拒絶 5 自殺企画 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・ろうせつ火 10 器物破損 11 はいかい・浮浪 12 盗み 13 性的行動異常 14 排せつの問題(尿失禁・便失禁・便秘・その他) 15 食事の問題(拒食・異食・大食・小食・偏食・その他) 16 その他()		
	14 性格特徴			
	15 日常生活能力の程度	1 食事 (・ひとりできる ・介助があればできる ・できない) 2 用便(月経)の始末 (・ひとりできる ・介助があればできる ・できない) 3 衣服の着脱 (・ひとりできる ・介助があればできる ・できない) 4 簡単な買物 (・ひとりできる ・介助があればできる ・できない) 5 家族との会話 (・通じる ・少しは通じる ・通じない) 6 家族以外の者との会話 (・通じる ・少しは通じる ・通じない) 7 刃物・火の危険 (・わかる ・少しはわかる ・わからない) 8 戸外での危険(交通事故)から身を守る (・守ることができる・不十分ながら守る ・守ることができる・できない)		
16 要注意度	1 常に嚴重な注意を必要とする 2 随時一応の注意を必要とする 3 ほとんど必要ない			
17 備考	上記のとおり診断します。 年 月 日 病院名又は診療所の名称 _____ 所在地 _____ 診療担当科名 _____ 医師氏名 _____			

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。障がい者の障害程度及び状態の認定に無関係な欄は、記入する必要がありません。

◎字は、楷書ではっきりと書いてください。

注 意

- 1 この診断書は、介護手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障がい者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。また、記入する欄（ ）は具体的に詳しく記入してください。なお、記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 7の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障がい者が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。また、それが不明な場合は、その旨を記入してください。
前に他の医師が診断している場合は、その父母等の申立てによって記入してください。
- 4 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を10の欄に記入してください。
- 5 11から13の欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 6 16の欄は、10から14までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて、該当するものを○で囲んでください。