

様式第2号 その1 (第2条関係)

障害者・特別障害者対象者認定用意見書
(寝たきり度用)

住 所	苅田町	氏名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女

治療(受診)の状況 受診回数 週 ・ 月 回	傷病名	
---------------------------	-----	--

■(年 月末時点)での以下の状況について、該当するランクにチェックをしてください。また、B1、B2、C1、C2の場合、いつからその状態に至ったかをご記入ください。

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

正常 J1 J2 A1 A2 B1 (年 月頃)

B2 (年 月頃) C1 (年 月頃) C2 (年 月頃)

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

発行日 年 月 日

医療機関名

記入者 住 所

医 師 名

㊞