

## 担当医診断書

|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                   |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|-------|
| 被保険者名                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 |       |
| 住 所                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      | 性 別               | 男 ・ 女 |
| 診断結果及び病名                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                   |       |
| 上記診断結果に伴い、<br>該当する番号を囲む                                                                                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者<br/>(例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)</li> <li>2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者<br/>(例：がん末期の急速な状態悪化)</li> <li>3 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者<br/>(例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)</li> </ol> |      |                   |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診断書作成日</li> <li>・ 医師氏名</li> <li>・ 医療機関名</li> <li>・ 医療機関所在地</li> </ul> | 年 月 日<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |                   |       |