

主治医意見書

【対象者】

氏名（性別） _____（ ）

生年月日 _____

住所 _____

上記対象者の _____ 年 1 2 月 3 1 日現在の「心身の状態」に関する意見は
下記のとおりです。

記

障害高齢者の日常生活自立度 （寝たきり度）	※ 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度	※ 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

※該当するところを○で囲んでください。

記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師氏名 _____ 印

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電 話 _____