

診断書(介護特約用)

この診断書の内容につき後日、三井住友海上火災保険株式会社より、貴院にご照会申し上げます。その際はよろしくお願いたします。

カルテNo.

患者の氏名	男・女	生年月日	年 月 日
傷病名			
初診日	年 月 日	終診日 (診療継続の場合は記入不要)	年 月 日
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月 日現在加療中)		
前医 紹介医	有 無	「有」の場合→ () 病院 医師名 ()	
既往症の 有無	有 無	「有」の場合→ 傷病名 () () 病院 医師名 () 傷病名 () () 病院 医師名 () 特記事項 []	
現在患者本人に保険金を請求する意思能力はありますか	有 ・ 無		
患者が公的介護の認定を受けたまたは受けようとしている 場合におうかがいします。意見書を作成されましたか	作成した ・ していない ※「作成した」の場合、意見書の控えがあれば 本書類に写の添付をお願いいたします。		
患者が「認知症」である場合に おうかがいします	脳の器質的変化の有無 → 有 ・ 無		
治療の中断期間 または 右表の状態に該当しない期間がありますか	有 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 無		
発病から初診までの経緯			
<hr/> <hr/> <hr/>			
初診時の所見及びその後の経過 (右記状態の原因疾患及びADLを中心にご記入願います)			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
今後の見込み等 (ADLの回復見込み等を含みます。回復可能な場合、大まかな時期が予測できる場合はご記入願います。)			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

【お願い】

・訂正等がある場合は、お手数ですが訂正箇所へ訂正印をお願いいたします。

以下の項目について、初診時及び終診時（または診断書記載時点）のそれぞれの時点において、該当する項目の口欄へチェックしてください。

初診	終診		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歩行	壁、手すり、いすの背または杖等につかまっても平らな床の上で両足をたったまま10秒間程度の立位の保持ができず、杖、義足、歩行器等を用いても5m程度の歩行ができない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り	ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまっても他人の介助なしでは寝返りができない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	立ち上がり	ベッド柵、手すり、壁、人の手等につかまってもいすやベッド、車いす等で膝がほぼ90度に屈曲して座っている状態から立ち上がることができない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴	介護者に抱えられないと浴槽への出入りができない状態であり、かつ自分では全く洗身（スポンジや手ぬぐい等に石鹸等をつけて全身を洗うこと）ができない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排せつおよび食事	自分では排尿および排せつ後のいずれの後始末（身体のごれた部分を拭く行為およびトイレ内でよごれた部分を拭く行為）も全くすることができない状態であり、かつ自分では食事を全く摂取することができない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排せつ	自分では排尿および排せつ後のいずれの後始末（身体のごれた部分を拭く行為またはトイレ内でよごれた部分を拭く行為）をすることができない。 (自分で排尿および排せつ後の身体のごれたところを拭く行為ができる場合でも、介助者に紙を用意してもらえないとできない場合を含む。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事	自分では食事を摂取することができない。 (小さく切る、ほぐす、皮をむくおよび魚の骨をとる等の介助が必要な場合を含む。)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴時、浴槽の縁をまたぐ際に、介護者が抱える、支える、手を貸す等の介助が必要な状態または入浴を行うことができない状態である。	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返りをする際、ベッド柵、ひも、バーまたはサイドレール等につかまらなければできない状態または他人の介助なしにはできない状態	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5メートル程度の歩行について、杖や歩行器等を使用するまたは壁を手で支えながらできない状態または何かにつかまっても支えられてもできない状態	

「認知症」の場合、以下の項目について、初診時及び終診時（または診断書記載時点）のそれぞれの時点において、該当する項目の口欄へチェックしてください。

初診	終診	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ひどい物忘れがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	まわりのことに関心を示さないことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	物を盗られたなどと被害的になることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	作話をし周囲に言いふらすことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実際にはないものが見えたり、聞こえることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	暴言や暴行のいずれかまたは両方が現れることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	しつこく同じ話をしたり、口や物を使って周囲に不快な音を立てることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	周囲に迷惑となるような大声をだすことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護者の助言や介護に抵抗することがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	目的もなく動き回ることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自分がどこにいるかわからず「家に帰る」等と言い落ち着きが無いことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1人で外に出たがり目を離せないことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	いろいろなものを集めたり、無断でもってくることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	火の始末や火元の管理ができないことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	物や衣類を壊したり、破いたりすることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排せつ物を意図的に弄んだり、尿をまき散らすことがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食べられないものを口に入れることがある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	周囲が迷惑している性的行動がある。

上記の通り診断します。

所在地

医療機関名

診 断 日 年 月 日 診 療 科

診断書発行日 年 月 日 医 師 名 印