医　師　意　見　書

対象者欄※	対象者氏名		男　・　女
	住　所		
	生年月日	年　　月　　日	歳

※ 事前に対象者欄に記入の上、医師に作成を依頼してください

医師記載欄	上記の者は、　　年　　月　　日現在、下記の状態にあることを証明する。 ● 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） □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 ● 排泄の状態 □常時失禁あり　　□常時失禁なし ※それぞれ該当するところに　レ点をつけてください。 医療機関名 医師 氏名　　印 記入日　　年　　月　　日