医　師　意　見　書

本人記載欄	**住所**		
	氏名		男・女
	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和	歳

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。

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名　　印

●介護保険主治医意見書の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

●介護保険主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度

□　自立　□Ⅰ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□Ⅴ

●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　レをつけてください。

※この意見書を書いてもらうのには、別途費用がかかる場合があります。