

田原本町障害者・特別障害者控除対象者認定用意見書

※ 使用する基準に関しては介護認定に使用するランクと同様です。

※ 太線に囲まれた枠内をご記入のうえ、裏面下部の記入者へご署名ください。

(共通)

住 所	田原本町	氏名	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
治療(受診)の状況 受診回数 週・月・年	回 程度	傷病名	

(寝たきり度用)

<p>年 月 日時点での以下の状況について、該当するランクにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>J1 <input type="checkbox"/>J2 <input type="checkbox"/>A1 <input type="checkbox"/>A2 <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2 <input type="checkbox"/>C1 <input type="checkbox"/>C2</p>
--

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

期 間	<p>ランクA B1 B2 C1 C2に該当する状態については、いつからその状態に至ったかご記入ください。</p> <p>_____年 _____月 _____日(ごろ)より</p>
-----	---

裏面あり

(認知症高齢者用)

年 月 日時点で以下の状況について、該当するランクにチェックをして下さい。

正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

期間	ランクIIa IIb IIIa IIIb IV Mに該当する状態については、いつからその状態に至ったかご記入ください。 年 月 日(ごろ)より
----	--

発行日 年 月 日

医療機関名
記入者 住 所
医 師 名