様式第１号（第２条、第５条関係）

在宅心身障がい者介護手当医師判定書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 　 |
| 日常生活動作の状況(この評価は、補装具等を使用した状態で行う。) |
| 状況 | 自分で可 | 一部介助 | 全介助 |
| 歩行 | １　杖等を使用し、かつ、時間がかかっても自分で歩ける。 | １　付添いが手や肩を貸したり、壁などに寄り掛かって歩ける。２　歩行器を使用して歩く。 | １　歩行不可能 |
| 排泄 | １　自分で昼夜とも便所でできる。２　自分で昼は便所、夜は簡易便器でできる。 | １　介護があれば簡易便器でできる。２　夜間はオムツを使用する。 | １　常時オムツを使用している。 |
| 食事 | １　スプーン等を使用すれば食事ができる。 | １　スプーン等を使用し一部介助すれば食事ができる。 | １　臨床のままで食べさせなければ食事ができない。 |
| 入浴 | １　自分で入浴ができ洗える。 | １　自分で入浴できるが、洗うときは介助を要する。２　浴槽の出入りには介助を要する。 | １　自分でできないので全て介助を要する。 |
| 着脱衣 | １　自分で着脱ができる。 | １　手を貸せば着脱できる。 | １　自分でできないので全て介助を要する。 |
| 床上起座及び座位保持 | １　自分でできる。 | １　介助があればできる。 | １　介助があってもできない。 |

上記のとおり判定します。

年　　月　　日

医療機関名

判定者

判定医師