

※障害者控除対象者認定申請(認知症)用

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	満 歳	
障 害 を 伴 う 傷 病 名		発 症 (発 生) 年 月 日	年 月 日
日 常 生 活 能 力 の 程 度	該当するものを選んで、どれか一つを○で囲んで下さい。 1 認知症により日常生活に全面的な介護を必要とする。 2 認知症により日常生活に随時一応の介護を必要とする。 3 認知症により日常生活にはほとんど介護を必要としない。		
特 記 事 項			

上記のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

診 療 担 当 科 名

医 師 氏 名

印

※裏面基準表の該当項目の番号に○を付けて下さい。

障害認定基準表(認知症・問題行動)

障害の程度 項目	軽度・中度		重度
	(障害者控除該当)		(特別障害者控除該当)
記憶障害	1	2	3
失見当	4	5	6
攻撃的行為	7	8	9
自傷行為	10	11	12
火の扱い	13	14	15
徘徊	16	17	18
不穏興奮	19	20	21
不潔行為	22	23	24
失禁	25	26	27

※上記の数字は、障害者控除対象者認定申請書裏面の精神の状況(認知症・問題行動)の該当番号である。

※当てはまる該当番号に○をつけてください。