

\* 7 医師の証明

（器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けている者については、(2)の欄について記入してください。）

(1) 障害の種類

(2) 障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- |        |   |      |
|--------|---|------|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる                | （理由） |
| ② 食 事  | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                   | （理由） |
| ③ 用 便  | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><input type="checkbox"/> 支障がない                   | （理由） |
| ④ 精神能力 | <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない      | （理由） |
| ⑤ 言語能力 | <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br><input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる<br><input type="checkbox"/> 支障がない | （理由） |

(3) 障害の今後の見込み

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

平成 年 月 日

医療機関の { 所在地  
                  { 名 称  
                  { 医師の氏名

印