

対象者氏名		生年月日	年	月	日
住所	区				

別紙をご覧ください下記の該当する記号を○で囲んでください。

身体にかかわること	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	
	B1	車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
	B2	介助により車いすに移乗する
	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	
	C1	自力で寝返りをうつ
	C2	自力では寝返りもうたない

精神にかかわること	Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、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
		Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる
	Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・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	

証明欄	上記のとおりであることに相違ないことを証明します。	
	令和	年 月 日 医療機関名
		医療機関所在地
		医師の氏名
		電話番号

※この証明書の有効期間は、証明年月日から3か月間です。

※対象者の状態については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。