

## 診 断 書

(老年者の所得税等の障害者控除用)

|  |  |     |       |
|--|--|-----|-------|
| 氏 名                                    |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日                                   | 明治<br>大正      年      月      日<br>昭和  | 満   | 歳     |
| 特定疾病または<br>障害の直接の原因<br>となっている<br>傷 病 名 |  |     |       |
| 日常生活の<br>自立度                           | 該当する箇所を○で囲んでください。<br>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)<br>( 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 )<br>認知症高齢者の日常生活自立度<br>( 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ) |     |       |
| 特記事項<br>(現在の状態に<br>なった時期等)             |  |     |       |

上記のとおり診断します。

令和    年    月    日

医療機関名

所在地

診療担当科名

医師氏名

印