

## ねたきり老人認定表

氏名	<b>富山 太郎</b>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	<b>昭和17年5月1日 (77歳)</b>		
住所	<b>富山市新桜町7-38</b>	世帯主名	<b>富山 一郎</b>			電話	<b>443-2063</b>

ねたきりの状態(該当状況を○で記入願います)

項目	具体的事項	状況			
A 床上動作	1 臥位で身体をずらす	<input checked="" type="radio"/> 全くできない	<input type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
	2 臥位より長座位になる	<input checked="" type="radio"/> 全くできない	<input type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
B 移動動作	3 座位移動	<input checked="" type="radio"/> 全くできない	<input type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
	4 歩行	<input checked="" type="radio"/> 全くできない	<input type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
C 食事動作	5 食事をする	<input type="radio"/> 寝たまま介助でできる	<input checked="" type="radio"/> 布団の中で起きて介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
D 排泄動作	6 排泄	<input type="radio"/> おむつの中でする	<input type="radio"/> 便器を入れてもらう	<input checked="" type="radio"/> 便器を1人で出し入れする	<input type="radio"/> ポータブル便器でできる
E 入浴動作	7 入浴	<input type="radio"/> 全くできない	<input checked="" type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
F 更衣動作	8 下着の着脱	<input type="radio"/> 全くできない	<input checked="" type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
G 洗面動作	9 顔・手を洗う	<input type="radio"/> 全くできない	<input checked="" type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
H 関節の屈伸動作	10 両ひじ関節	<input checked="" type="radio"/> 全くできない	<input type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる
	11 両ひざ関節	<input checked="" type="radio"/> 全くできない	<input type="radio"/> 介助でできる	<input type="radio"/> 自分でどうにかできる	<input type="radio"/> 自分でできる

寝たきりになった時期 **平成28年12月15日** (寝たきり期間= **2年6** か月)

寝たきりになった原因(傷病名)

**脳梗塞**

医師の所見  
(将来の回復見込等について記入願います)

**回復の見込無し**

証明欄

上記のとおり相違ないこと証明します。

令和**1**年**5**月**20**日

病院名又は診療所の名称

**富山市民病院**

所在地

**富山市今泉北部町2-1**

医師氏名

**立山 雄一**



(注) 寝たきりの世帯とは

**記入は医療機関にしてもらってください**

査欄	点数	定欄	認定年月日	令和 年 月 日	日)
----	----	----	-------	----------	----