

第2号様式

重度意識障害者診断書				
(フリガナ) 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				
事故発生 年月日	年 月 日	意識障害発生 年月日	年 月 日	年 月 日
発生原因 及び 簡単な経過				
症 状	現症（出来るだけ具体的に記入してください。）			
1 自力移動が不可能である 四肢拘縮 麻痺 } の有無など 体位変換 }				
2 自力摂食が不可能である 強制栄養の有無 そしゃく・嚥下 } など の可能・不可能 }				
3 尿尿失禁状態にある。				
4 眼球は、かろうじて物を追うこともあるが、認識はできない。				
5 声を出しても意味のある発言は全く不可能である。				
6 眼を開け、手を握れという ような簡単な命令には、か ろうじて応ずることもあ るが、それ以上の意志の疎 通は不可能である。				
7 その他参考事項				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日				
病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師氏名				
				印