

第2号様式

重度意識障害者診断書				
(フリガナ)		男・女	生年月日	年 月 日
氏 名				
住 所				
事 故 発 生 年 月 日	年 月 日	意 識 障 害 発 生 年 月 日	年 月 日	
発 生 原 因 及 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 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。 平成 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				