診　断　書

氏名

　　住所

１　認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の　　　　　ランク相当である。

２　証明期間　　　　　　年１０月１日から　　　　年９月３０日

□この期間は継続して上記ランクの症状であった

　　　　　　□この期間に上記ランクに該当しない時期がある。

年　　月　　日

医療機関名

医師名