

医療情報提供書（高次脳機能障害）

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名	男 女					
1 発症及び受障年月日						
2 傷病名						
3 高次脳機能障害の種類・状況 (1) 種類 記憶障害 ・ 遂行機能障害 ・ 注意障害 ・ 言語障害 ・ 病識欠落 ・ 社会的行動障害 その他の高次脳機能障害 () (2) 状況						
4 現在の医療の状況 (1) 治療内容 (2) 通院状況 (3) 服薬状況 (4) 高次脳機能障害以外の精神疾患						
5 職業訓練や就労に関する留意事項						

作成日	令和 年 月 日
医療機関名	
所在地等	〒 - TEL - -
医師名	印

身体障害、難病のある方対象

高次脳機能障害のある方対象

発達障害のある方対象

精神障害のある方対象

知的障害のある方対象

切り取り線