

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					(歳)
1	発症及び受障年月日 昭和・平成・令和 ()年 ()月 ()日					
2	傷病名					
3	損傷部位					
4	リハビリテーションの経過 ※内容の分かるものがあれば添付して下さい。					
5	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・社会的行動障害 その他の高次脳機能障害 () (2) 状況 (3) 障害に対する理解、認識の状況					
6	現在の医療の状況 (1) 治療内容 (2) 通院 ()月に ()回 (3) 服薬					
7	その他の特記事項					

病院または診療所の名称
所在地令和 年 月 日
診療担当科名
担当医氏名