　 受講番号： Ｂ２ －

受講者氏名：

**主治医から得られた情報**

作成年月日：　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　1.　傷病に関すること

　　　　（1）　診断名：発症年

　　　　　　1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年　　　　　　　年

　　　　　　2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年　　　　　　　年

　　　　　　3　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年　　　　　　　年

　　　　（2）症状としての安定性　　　安定　□　　　不安定　□　　　不明　□

　　　　　　（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）

　　　　（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病、または特定疾患の経過及び投薬内療内容

　　　　2.　心身の状態に関すること

　　　　3.　生活機能とサービスに関する意見

　　4.　その他

02