

受講番号： B 2 - _____

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