**様式A－４**

受講番号： Ｂ２ －　　　　/ Ｂ１－

受講者氏名：

**主治医から得られた情報**

作成年月日：　令和　　　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

　　**様式Ａ－４ 　記入例**

受講番号：　Ｂ２－　　　　/ Ｂ１－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名：

**主治医から得られた情報**

作成年月日：　令和2　年　　11月　　　6日

　　　　1.　傷病に関すること

　　　　（1）　診断名：発症年

　　　　　　1　　進行性核上性麻痺　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年　　平成28　　年

　　　　　　2　　軽度認知症　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年　　令和元　　年

　　　　　　3　　腸椎圧迫骨折後　骨粗鬆症　　　　　　　　　　　　　発症年　　平成30　　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

　　　　　　　　上記1より、歩行障害。すくみ足・突進歩行あり見守りが必要。1より2の出現あり。

　　　　　　　　幻覚・幻視・幻聴・物とられ妄想がみられる。

　　　　　　　　3.眼科入院中に転倒エピソードあり。整形外科にて加療中。

　　　　2.　心身の状態に関すること

　　　　　　　　易転倒・骨折の危険あり。移動見守りが必要。進行性核上性麻痺は今後、症状の進行

　　　　　　　が予想される。

認知症状の合併あり。ＨＤＳ-Ｒ26/30　ＭＭＳＥ20/30

　　　　3.　生活機能とサービスに関する意見

　　　　　　　訪問リハビリ　通所リハビリ　によるリハビリテーション

　　4.　その他

03