

高次脳機能障がい者通所事業に係る主治医意見書 記入例

令和 年 月 日

宮崎県身体障害者相談センター所長 殿

病院名

所在地

主治医名 手書き、又は記名・押印ください ㊞

(署名又は記名押印)

本人氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
診断名	ICD-10コード： <input type="checkbox"/> F-04 <input type="checkbox"/> F-06 <input type="checkbox"/> F-07 (高次脳機能障がい疑いでも結構です)	
現在の症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> 注意障害                              焦燥、不安、易怒性、興奮性、暴力性 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害                      無為・意欲低下、抑うつ、性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> その他の症状 (失行・失認・失語等の症状をご記入ください) _____ _____ _____	
治療経過	受傷転機、初診日、手術日、内容など _____ _____	
その他の疾患及び治療状況	(高次脳機能障がい <u>以外</u> の疾患について、診断名・発症日・治療経過・処方薬などご記入ください)	
通所事業への参加に対する御意見及び注意事項		
<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 否 (教室参加について選択していただき注意事項などあればご記入をお願いします。) _____ _____ _____		