|  |  |
| --- | --- |
| 1. **生活能力の状態(保護的環境でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください。児童の場合は、年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)**   １　現在の生活環境  　入院・入所（施設名　　　　　　）・在宅（ア単身・イ家族等と同居）・その他（　　　　　　　　　） | |
| ２　日常生活能力の判定（該当する箇所に○をしてください。）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 自発的に  できる | 自発的にできるが援助が必要 | 援助があれば  できる | できない | | (1)適切な食事摂取 |  |  |  |  | | (2)身辺の清潔保持・規則正しい生活 |  |  |  |  | |  | 適切に  できる | おおむねできるが援助が必要 | 援助があれば  できる | できない | | (3)金銭管理と買い物 |  |  |  |  | | (4)通院と服薬(要・不要) |  |  |  |  | | (5)他人との意思伝達･対人関係 |  |  |  |  | | (6)身辺の安全保持・危機対応 |  |  |  |  | | (7)社会的手続きや公共施設の利用 |  |  |  |  | | (8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加 |  |  |  |  | | ３　日常生活能力の程度  （該当する番号を選んで、どれか一つを○で囲んでください。）   1. 精神障がいを認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 2. 精神障がいを認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 3. 精神障がいを認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。 4. 精神障がいを認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。 5. 精神障がいを認め、身の回りのことはほとんどできない。 |
| 1. **①の具体的程度・状態等** | |

診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

病院名　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　電話

患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢

傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　ICDカテゴリー：

**症状・障がい福祉サービス利用の必要性の意見等**