

診療情報提供書

年 月 日

病院名
医師名

住所
電話

患者名
住所
生年月日

性別
電話
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

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(該当する箇所には○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				

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) 精神障がいと認め、日常生活及び社会生活は普通にできる。
- (2) 精神障がいと認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障がいと認め、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) 精神障がいと認め、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) 精神障がいと認め、身の回りのことはほとんどできない。

② ①の具体的程度・状態等