|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者手帳（級）　　　　　　　　　　　　　　　　　　障害支援区分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　疾病名障害の状態日常的に必要な治療、医療処置、看護内容　　情報提供□　　　⑯ |  | やまおり  | かかりつけ医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診科　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診科　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診科　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑰　　　情報提供□ |
|  |  |  |  |
| ✂  |  |  |  |
| ⑯＜記入上の参考＞・病名や障害の状態を書きましょう。※書き切れないときは⑳、㉕ページのメモ欄を使いましょう。**注）ページ番号（丸囲み数字）の横にある□（チェックボックス）について**◎このページに記入した情報を、市町村や地域の支援者（民生委員や町内会長など）に提供することに**同意する場合**は、□（チェックボックス）に○を付けてください。 |  |  | ⑰＜記入上の参考＞・かかりつけの病院等を記入しましょう。※書き切れないときは⑳、㉕ページのメモ欄を使いましょう。**注）ページ番号（丸囲み数字）の横にある□（チェックボックス）について**◎このページに記入した情報を、市町村や地域の支援者（民生委員や町内会長など）に提供することに**同意する場合**は、□（チェックボックス）に○を付けてください。 |