|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。 |