

4 医療に係る保険・制度等

(1) 医療保険(被保険者)	本人 ・ 家族
(2) 医療保険の種類	国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生活保護 ・ その他()
(3) 医療費の助成等	自立支援医療 ・ 重度心身障害者医療費助成制度 ・ 特定疾患
(4) 生活保護	広島市()区 担当者: 連絡先:

5 治療状況

疾患名	医療機関(連絡先等)	処方	備考
	()科 TEL - - 医師	内服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠前 (特記事項)	
	()科 TEL - - 医師	内服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠前 (特記事項)	
	()科 TEL - - 医師	内服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠前 (特記事項)	
	()科 TEL - - 医師	内服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↓ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠前 (特記事項)	

6 日中の活動に関する状況

※障害福祉サービスを利用の場合はサービス等利用計画を添付

〈主に活動している場所〉	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所等 <input type="checkbox"/> その他()	
1日の生活の様子	(時間) (活動内容)

7 配慮すべき障害特性等

(支援のポイント・食物アレルギー・食事形態・服薬情報等)

--