

医学的情報

(医療機関記入欄)

記入日 年 月 日

記入者 Dr. OT ST

○診断名 ()

○発症日 年 月 日

○高次脳機能障害に対する説明

・ご本人 年 月 日

・ご家族 年 月 日

支援者情報

担当者一覧

施設名	病院名	医師名 (担当科)	担当 OT (または ST)	M S W	期間
急性期 病院					
回復期 病院					
その他 施設					
その他 施設					

高次脳機能障害コーディネーター

家族会