

重度肢体障がい者等訪問診断依頼書

令和 第 号
年 月 日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長様

大阪市 区保健福祉センター所長

下記のとおり、訪問による診断等を依頼します。

記

フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)
訪問診断 希望者名			
住 所	区 電話 ()		
訪問先住所	電話 ()		

診 断 目 的	手帳 (新規・再認定) 車椅子判定 (要・否) 特別障がい者手当 (要・否)		
	その他・・・具体的に ()		
発 病 時 期	年 月 日	病名	
医 療 機 関 と の 関 係 該当する番号に ○印をつける	1 通院→ (月 ・ 週 / 回) 2 往診→ (月 ・ 週 / 回)		
	3 入院→ (医療機関名 電話)		
	4 訪問看護利用 (有・無) → ()		
	5 訪問指導利用 (有・無) → ()		
	障がい歴並びに障害者総合支援法施行令第1条に規定する特定疾病及び治療状況		
その他のニーズ			
現 在 の 状 況	寝たきり状態・坐位可能・起立位可能・伝いあるき可能・その他 ()		
身体障がい者手帳取得状況 (肢体不自由以外の場合も記入のこと)			
交 付 月 日 等	府県名	年 月 付	等級 級
障 が い 名			
原 傷 病 名			

※注 入院中及び在宅に限らず、診断及び判定の参考とさせていただきますので、紹介状（病状経過のわかる内容のもの）とX線写真・CT・MRI等を主治医／医療機関などから借り受けできるものは訪問診断依頼時に準備しておいてください。