

別記第1号様式（第3条関係）

ねん がつ にち
年 月 日

こうとうくしつごしょうしゃむ い しそつうしえんしゃはけんしんりょうじょうほうていきょうしょ
江東区失語症者向け意思疎通支援者派遣診療情報提供書

フリガナ		せいねんがつび 生年月日	ねん がつ にち 年 月 日	ねん れい 年 齢	さい 歳
し めい 氏 名					
じゅう しょ 住 所	〒 ー				

しつごしょう はつしょう 失語症の発症 げんいん 原因となった びょうめい びょうれき 病名と病歴	じゅうしょう はつしょう び 受傷・発症日	ねん がつ にち 年 月 日
	びょうめい 病名 【病歴】	しょうがいめい 障害名

しゅ しょうじょう 主たる症状	
--------------------	--

にちじょうせいかつ 日常生活への えいきょう 影響	
------------------------------------	--

じょうき えいきょう
上記の影響により、意思疎通支援が必要であることを認めます。

いりょうきかんめい
医療機関名 _____

じゅう しょ
住 所 _____

でんわばんごう
電話番号 _____

しんりょうかもく
診療科目 _____

い し しめい
医師氏名 _____

印

※派遣事業の実施に伴い、本診療情報は区、協力言語聴覚士及び意思疎通支援者が共有いたします。