

医療情報提供のお願い

様式3

医療機関 様

貴医療機関様を受診（入院または外来）された高次脳機能障害、もしくは疑いのある患者様に関する情報のうち、提供していただきたい項目について○を入れています。

可能な範囲でご提供いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

貴医療機関様の医療情報、リハビリサマリー、検査結果などをそのまま添付していただければ結構です。

欲しい項目		急性期	回復期	維持期 かかりつけ医
★1	高次脳機能障害に関する原因傷病名	◎		
★2	発症時の意識レベル/意識障害の状況	◎	○	
★3	検査（MRI、CT等）画像	◎	○	○
★4	神経心理学的検査等の結果	△	◎	○
★5	高次脳機能障害の症状（記憶、注意等）	△	◎	○
★6	治療経過	○	○	○
7	高次脳機能障害の原因傷病に関する発症日、初診日および 病院名	◎	△	△
8	身体状況（例：麻痺の有無、味覚障害、失語等）	○	◎	○
9	既往歴（特に診断干渉因子：認知機能に影響する病態）	○	○	○
10	自賠責、労災保険に係る症状固定日		○	○
11	診断書等作成履歴 （障害者手帳、障害年金、自賠責関係 他）	○	○	○
12	リハビリ状況	○	◎	△
13	てんかん発作の有無	○	○	○
14	処方薬	○	○	○
15	禁忌薬・アレルギーの有無	○	○	○
16	医療的な留意事項 （飲酒・喫煙についての意見、再発の可能性 他）	○	○	○
17	その他（ ）			

※ 各項目の情報をお持ちの可能性を、◎かなり高い、○高い、△やや低い に分類しています。

※ ★印は、維持期・かかりつけ医等での高次脳機能障害確定診断に必須となります。
可能な限り情報提供をお願いいたします。

患者氏名： _____ (〒 _____)

関係機関者名： _____ (〒 _____)

(情報提供料等 発生可能性ありの説明： 済 ・ 未)