（様式第９号）　　（参考様式）

年　　月　　日

長　様

（医療機関名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（医　師　名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当院に入院・通院中の＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様については、下記のとおりです。

記

１　診断名

２　発病から現在に至るまでの経過及び病状（経歴・合併症の有無等）

３　現在の治療状況（服薬内容等についてもお知らせください）

４　障害福祉サービス利用に関する御意見・指示事項・留意事項等