

様式第 1 1 号

医療機関 各 位

次のことは、高齢者障害者等外出支援サービスを利用する際に必要となりますので、記入についてよろしくお願いいたします。

北秋田市

医 師 の 所 見			
氏 名			生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所		北秋田市	
現 在 の 状 況	1 外出支援サービスを使用しなければならない理由 (病名・症状等)		
	2 移動について	○印又は記載をしてください。 1 どうか自分で歩行できる。 2 常時、見守りがあることで歩行できる。 3 歩行器等の補助具を使用または介助があればできる。 4 移動に車椅子が必要である。 5 移動にストレッチャーが必要である。 6 その他 ()	
	3 そ の 他	移送サービスを利用するにあたり、特に注意が必要なことがありましたらご記入ください。	
年 月 日			
医療機関名			
医 師 名 ㊟			