**身体障がいの状況**

様式２０

記入日：　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **障がい名・診断名** | **状態・必要な介助及び医療ケア** | **医療機関など** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**障がい・医療ケアのある部位・器官を図に示してください。**

右

左