

医 師 の 意 見 書

利用 希望者	住所 氏名		男・女	年 月 日 生 歳
		TEL		
病 名		① 主たる精神障害()		
		② 従たる精神障害()		
		③ 身体合併症 ()		
病 歴	入 院	過去 回程度 通算 年位		
		前回入院期間 年 月 ~ 年 月	病院名	
	通 院	1月当たり	日位通院(直近について記載)	
最近の病状又は状態像				
留意事項	必要通院日数			
	共同生活について	① 可能 ② 条件を整えば可能()		
	生活指導の 必要性について	① なし ② ほとんど不要 ③ 時々必要 ()		
	昼間作業の 適正について	① 職業訓練 () ② 作業訓練 ()		
(その他参考となる意見)				
平成 年 月 日				
医療機関所在地 _____ 名称 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 _____				