

医 師 の 意 見 書

|   |                  |                                |                |           |
|---|------------------|--------------------------------|----------------|-----------|
| 利用<br>希望者   | 住所<br>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<br>② 条件を整えば可能( )          |                |           |
|   | 生活指導の<br>必要性について | ① なし<br>② ほとんど不要<br>③ 時々必要 ( ) |                |           |
|   | 昼間作業の<br>適正について  | ① 職業訓練 ( )<br>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 _____<br>名称 _____<br>電話番号 _____<br>医師氏名 _____ |                  |                                |                |           |