

医師の意見書

氏名		男・女	生年月日	昭和／平成 年 月 日 (才)																		
住所	〒 Tel																					
診断名	① 主たる精神障害 ② 従たる精神障害 ③ 身体合併症																					
治療歴 (入院・通院)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">治療期間</th> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 40%;">医療機関名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> <td>(入・通)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> <td>(入・通)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> <td>(入・通)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> <td>(入・通)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> <td>(入・通)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				治療期間	病名	医療機関名	年 月 日～ 年 月 日	(入・通)		年 月 日～ 年 月 日	(入・通)		年 月 日～ 年 月 日	(入・通)		年 月 日～ 年 月 日	(入・通)		年 月 日～ 年 月 日	(入・通)	
治療期間	病名	医療機関名																				
年 月 日～ 年 月 日	(入・通)																					
年 月 日～ 年 月 日	(入・通)																					
年 月 日～ 年 月 日	(入・通)																					
年 月 日～ 年 月 日	(入・通)																					
年 月 日～ 年 月 日	(入・通)																					
最近の病状又は状態像																						
精神障害者グループホーム利用者の留意事項	共同生活について	① 可能 ② 条件が整えば可能 ()																				
	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 ()																				
(処方内容・病状悪化時の病状や対応・その他参考となる意見)																						
令和 年 月 日 医療機関所在地 名称 電話 医師氏名																						
				印																		