【共に歩む市民の会】

**医師の意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和／平成　年　　月　　日（　　才） |
| 住　　　所 | 〒℡ |
| 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） | 　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |