【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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |