様式第6号(第8条関係)

医師の意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用希望者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 病名(状態像でも可) | ①　主たる精神障害(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)②　従たる精神障害(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)③　身体合併症　　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 受診状況 | 入院 | 過去　　回程度　　　通算　　年位前回入院期間　　　　年　　月　　～　　年　　月病院名 |
| 外来 | 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 | 　 |
| 精神障害者グループホーム利用時の留意事項 | 必要通院日数 | 　 |
| 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(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 昼間作業の適性について | ①　職業訓練(　　　　　　　　　　　　　　　　)②　作業訓練(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (その他参考となる意見) |
| 　　　　　　年　　月　　日 | 医療機関所在地　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　㊞ |