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　　　　　　　　　　㊞ | | |