

主治医の意見書

1.氏名等	ふりがな		生年月日	年 月 日 (才)
	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 ()
2.病名等	診断名		必要な 通院日数	1ヶ月あたり 回程度
	発症時期	年 月 頃		
	処方内容			服薬状況 (該当するものを○で囲む)
				管理者：本人・家族・その他 () a. 良好 b. 生活に支障がない程度の飲み忘れあり c. 生活に支障がでる程度の飲み忘れ及び拒薬 d. 過量
入院歴	過去 回程度、通算 年位 前回入院期間； 年 月～ 年 月 病院名； 入院理由；			
3.障害の 状態	最近の病状			
	留意すべき過去の エピソード (該当するものを ○で囲む) ※複数可	自殺企図・大量服薬・希死念慮・その他 () 詳細情報 (時期、回数、状況など)		
	症状悪化時の サインと対処			
4.就労に 関する事項	就労の可能性 (該当するものを○ で囲み、理由を記入 する)	a. 有 (即時) b. 有 (2年以内の就労訓練経過後) (理由；) c. 福祉施設での就労 (理由；) d. その他 (理由；)		

その他参考となる意見

(当施設利用に関する留意事項等)

以上の通り意見を述べる。

年 月 日

病院または診療所の名称

医師氏名

ふりがな		生年月日	年 月 日 (才)
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
住所	〒	電話番号 (- -)	e-mail ; _____
緊急連絡先			
氏名	(続柄)	電話番号	(- -)

通院先	診断名 ()
病院／クリニック名 ()	主治医 ()
通院／入院歴	
病院名 ()	期間 (年 月～ 年 月)
()	(年 月～ 年 月)
()	(年 月～ 年 月)

家族構成 (同居の家族の続柄、年齢、職業) 例；父 55歳 会社員	(別居の家族の続柄、年齢、職業)
--------------------------------------	------------------

経歴	
最終学歴 ()	
最終の職業	
職種 ()	退職日 (年 月) 勤続年数 (年)
退職理由 ()	
雇用形態 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他 ()	転職回数 () 回

障害福祉	
手帳 無・有 (種類； 級)	年金 無・有 (種類； 級)
障害福祉サービス 無・有 (利用中のサービス；)	

利用にあたり、配慮してほしいこと

職員記入欄	
利用開始希望日	昼食 其他
	<input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 無