

(第9号参考様式)

医師の意見書

利用希望者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	
病 名 (状態像でも可)	主たる精神障害 () 従たる精神障害 () 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月あたり	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	可能 条件が整えば可能 ()		
	生活指導の必 要性について	なし ほとんど不要 時々必要 ()		
	昼間作業の適 正について	職業訓練 () 作業訓練 ()		
(その他参考となる意見)				
平成 年 月 日 医療機関所在地 _____				
名 称 _____				
電 話 _____				
医師氏名 _____ 印				