

医師の意見書

精神障害者社会 復帰施設の利用 を希望する者	住所						
	氏名		性別	男女	生年月日		
病名	① 主たる精神障害						
	② 従たる精神障害						
	③ 身体合併症						
病歴	入院	過去	回数	程度	通算	年位	
		前回入院期間		年	月	～	年
	通院	1月当たり					日位(直近について記載)
最近の病状又は状態像							
精神障害者社会 復帰施設利用時 の留意事項	必要通院日数						
	共同生活 について	① 可能 ② 条件がととのえば可能()					
	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)							
平成 年 月 日		医療機関所在地 名称 電話 医師の氏名					
						印	