

## 医師の意見書

|                              |                  |                               |     |        |          |
|------------------------------|------------------|-------------------------------|-----|--------|----------|
| 精神障害者社会<br>復帰施設の利用<br>を希望する者 | 住所               |                               |     |        |          |
|                              | 氏名               |                               | 性別  | 男<br>女 | 生年<br>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                            | 回程度 | 通算     | 年位       |
|                              |                  | 前回入院期間                        |     | 年 月～   | 年 月      |
|                              | 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<br>復帰施設利用時<br>の留意事項  | 必要通院日数           |                               |     |        |          |
|                              | 共同生活<br>について     | ① 可能<br>② 条件がととのえば可能( )       |     |        |          |
|                              | 生活指導の必要<br>性について | ① なし<br>② ほとんど不要<br>③ 時々必要( ) |     |        |          |
|                              | 昼間作業の適性<br>について  | ① 職業訓練( )<br>② 作業訓練( )        |     |        |          |
| (その他参考となる意見)                 |                  |                               |     |        |          |
| 令和 年 月 日                     |                  | 医療機関所在地                       |     |        |          |
|                              |                  | 名称                            |     |        |          |
|                              |                  | 電話                            |     |        |          |
|                              |                  | 医師の氏名                         |     |        | 印        |