

## 医師の意見書

利用者 希望者	住所	〒			
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	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 ( )				
受診 状況	入院	過去	回程度	通算	年位
	外来	前回入院期間	年 月～	年 月	
		病院名			
		ひと月あたり	日位通院(直近について記載)		
最近の病 状又は状 態像					
共同生活 援助 (グルー プホー ム)サー ビス利用 時の留意 事項	必要通院日数				
	サービス利用(入居)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( )			
	昼間の時間の過ごし方について	①デイケア ②作業訓練 ③その他( )			
(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	