

意見書「デイ・ケア 通所用」

氏名 _____ (男・女) 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
診断名 _____ 合併症 _____

1 現病歴及び経過

2 現在の病状 (記載と該当する項目に○印)

- (1) 抑うつ状態 (2) 躁状態 (3) 無為自閉・意欲減退 (4) 不安・不穏
(5) 思考障害 (6) 幻覚妄想状態 (7) その他 (_____)

3 処方薬内容

4 生活での障害状況と依頼目的

- (1) 症状管理の改善 (2) 日常生活の向上 (3) 社会生活の改善 (4) 対人関係の改善
(5) 作業能力の改善 (6) その他 (_____)

5 再発の前駆症状・注意点

6 備考 (エピソード等)

記載年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
所在地 _____
電話 _____
医師の氏名 _____ 印