

主治医の意見書									
氏 名					生年月日	S・H	年	月	日
住 所									
病 名									
受 診 状 況	発症年月		年 月 頃						
	入院	過去	年	月	～	年	月	回	通算 回
		直近	年	月	～	年	月		
その他疾患名					感 染 症 等				
病 歴 （発病・入院・医療中断の有無など）									
現在の精神状態（具体的な症状と程度） 安定 ・ 不安定									
自傷… あり ・ なし 他害… あり ・ なし									
(ありの場合は具体的に)									
その他（現在の課題・調子を崩す誘因等）					服薬名 量（1日） 回数				
その他作業所への要望等									
作業所（就労継続支援B型）利用 … 「 適 ・ 否 」									
記載年月日 令和 年 月 日 医療機関名 診 療 科 所 在 地 電 話 医師の氏名 印								事業所記入欄	
								管	
								理	
								者	
								サ	
								ビ	
								管	
								管	