

医療情報提供書（精神疾患）

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (日 歳)
氏 名	男 女					
1	発症及び受障年月日					
2	疾病名					
3	疾病の状況					
4	現在の医療の状況					
	(1) 治療内容					
	(2) 通院状況					
	(3) 服薬状況					
	(4) 職業訓練に際しての留意事項					
5	総合所見（いずれか一方に○をつけてください。）					
	職業訓練受講ののち、企業等での就業可能性が				見込まれる	
					見込まれない	

作 成 日	令和 年 月 日
医 療 機 関 名	
所 在 地 等	〒 - TEL - -
医 師 名	印