

※職リハの訓練概要につきましては裏面をご確認ください

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 (歳)
氏名						
1	初診日（把握している場合、発症時期） ・初診日 昭和・平成・令和（ ）年（ ）月（ ）日 ・発症時期 昭和・平成・令和（ ）年（ ）月					
2	疾病名					
3	疾病の状況 (1) 現在の症状（具体的症状と程度） (2) 症状の安定度（安定の程度、安定した時期等） (3) 調子を崩すときの前兆、要因					
4	現在の医療の状況 (1) 治療内容 (2) 通院 （ ）週間に（ ）回 (3) 服薬					
5	職業訓練の受講について（いずれかに、○印をつけて下さい。） (1) 1日6時間程度の訓練受講が可能 はい ・ いいえ (2) 1週間5日間程度の訓練受講が可能 はい ・ いいえ (3) 1年間の訓練受講が可能 はい ・ いいえ					
6	その他の特記事項					

病院または診療所の名称
所在地令和 年 月 日
診療担当科名
担当医氏名