

主治医の意見書

地域活動支援センターの 利用希望者	氏名(性別): (男・女)
	生年月日(年齢): S・H 年 月 日(歳)
	住所:
病名	①
	②
	③
病歴	
最近の病状または状態像	
地域活動支援センター 利用時の留意事項	必要通院日数:
	生活指導の必要性について: ① なし ② 時々必要() ③ 毎日必要()
	作業の適性について: ① 職業訓練() ② 作業訓練()
	その他の留意事項:
令和 年 月 日	医療機関名: 住所: 電話番号: 主治医の氏名:
	印