

別記第5号様式(第6条関係)

荒川区精神障害者グループホーム入居に関する診療情報提供書

利用希望者	住所	〒		
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
病名 (状態でも可)	①主たる精神障害 ()			
	②従たる精神障害 ()			
	③身体合併症 ()			
受診状況	入院	過去 回程度 前回入院期間	通算 年程度 年 月 ~	年 月
	外来	病院名	1月あたり	回程度通院(直近について記載)
精神障害者 グループホーム 利用時の 留意事項	必要通院日数			
	共同生活について	① 可能 ② 条件が揃えば可能()		
	生活指導の必要性 について	① なし ② ほとんど不要 ③ 時々必要()		
	昼間作業の適正に ついて	① 職業訓練() ② 作業訓練()		
緊急入院受け入れ体制(ホームとらむでは、病状悪化時に、入院要請をする場合があります。以下に○を付けて下さい。)				
すぐに対応できる ・ 条件が揃えば可能(条件:)・ 準備できない				
(その他参考となる意見)				
令和 年 月 日				
医療機関所在地 _____				
名 称 _____				
電 話 _____				
医師氏名 _____				
(署名または押印)				