

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 日生 (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 通算 年程度 前回入院期間 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 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)				
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)				