

様式2

薬物・アルコール依存症ショートケア「主治医（精神科医）意見書」

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生( \_\_\_\_\_ 歳)

診断名 \_\_\_\_\_

合併症

精神：

身体：

1 物質（薬物・アルコール）使用歴

・入院歴： \_\_\_\_\_ 無 ・ 有 \_\_\_\_\_

・最終入院： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2 現在の状態、及び配慮を要する事項

・精神症状

・身体症状

・離脱症状 有 ・ 無

・希死念慮 有 ・ 無

・配慮すべきこと

3 処方内容

4 主治医としての治療目標及びショートケアに期待すること等をご記入ください。

記載年月日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

所在地

電話

医師の氏名

印