

## 主治医の意見書

1. 通院患者リハビリテーションを希望する者	住所					
	氏名		性別	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
2. 現在の病状と障害の状態	診断名					
	入院歴	過去 直近の入院期間 病院名	回程度、 年	通算 月	年位 日～	年 月 日
	現在の症状					
	日常生活能力の程度 (該当するものを○で囲む)	(1) 社会生活はほぼ普通にできるが、就労に訓練を要する。 (2) 家庭内では日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。 (3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。				
3. 訓練に関する事項	訓練における具体的目標					
	訓練の内容、環境等の配慮事項等	作業可能な1日あたりの時間数				時間程度
		1週間あたりの訓練日数				日程度
必要な通院日数	1ヶ月あたり	回程度通院が必要				
4. その他参考となる意見 (症状悪化の誘因等)						

平成 年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

電話番号

医師氏名

印