（様式第５号）

**主治医等の意見書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会生活適応訓練を  希望する者 | | 氏名 | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | |  | | |
| 診断名 | | |  | | | |
| 病歴 | 発病 | | 年　　月頃 | | | |
| 通院  （直近について） | | １月あたり　　　日程度通院 | | | |
| 入院 | | （期間・病院名・病名を記載） | | | |
|  | | | |
| 現在までの経過等  その他参考となる事項 | |  | | | |
| 現在の症状 | | |  | | | |
| 訓練時の留意事項 | 必要通院日数 | |  | | | |
| 訓練内容等に  ついて | | （業務に関して） | | | |
|  | | | |
| （対人に関して） | | | |
|  | | | |
| その他参考となる意見 | | |  | | | |
| 令和　年　　月　　日   |  |  | | --- | --- | | 医療機関　所在地 |  | | 名称 |  | | 電話番号 |  | | 医師　氏名 |  | | | | | | | |