

＜地域連携拠点医療機関＞（別紙）の報告様式

疾患名：統合失調症 ※1 か月間に連携した該当機関全てに○をつけてください

機 関 名	市町村（障害福祉・高齢福祉・生活福祉） 公共職業安定所（ハローワーク） 居宅介護支援 共同生活援助（グループホーム） 就労移行・継続支援 相談支援事業所 地域活動支援センター 地域包括支援センター 救護・更生施設 障がい者職業センター 障害者就業・生活支援センター 社会福祉協議会 コミュニティソーシャルワーカー 生活困窮者自立相談支援機関 学校・教育機関 その他（)
-------------	---

疾患名：高次脳機能障がい

①月間初診者数	人	②月間手帳診断書作成数	件
④月間入院者実数	人	⑤月間通院者実数	人

疾患名：摂食障がい

※身体状況悪化時に身体科と連携、診療した医療機関（身体科からのフォローアップ依頼ケースを含む）

連携先医療機関名	
----------	--

※うつ、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、高次脳機能障がい③に関しましては、別途、プログラム内容のわかる書面の添付をお願いします。