

岡山県地域移行促進センター ホステル事業利用主治医意見書

記入年月日 西暦 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	大正	年	月	日生	年齢
利用者 氏名				昭和	平成			
現住所								
疾 病 名 等	精神疾患病名							
	その他疾病等							
	既往歴							
治 療 歴	精神疾病の発生年月							
	受診中医療機関の通院年数							
	入院中の場合は入院年月日							
	処方薬について							
病状	症状が悪化した場合の言動等							
生活	普段の生活環境等							
就労の有無		有 ・ 無						
現在利用している社会資源 (デイケア・作業所等)								
ホステル事業利用について主治医意見								
医療機関名 所在地・TEL ※電話番号は必ず記載してください		TEL () -						
担当医師氏名		⑩						

※お願い ; 意見書を作成される場合は、下記事項にご留意いただきますようお願いします。

- ①2019年度のホステル事業は、岡山県障害者家族連合会が受託されていた内容とは異なります。
- ②宿泊先は、一般のビジネスホテルです。
- ③宿泊されるホテルには、当該事業担当職員は常駐しておりません。利用者様への対応は、通常のホテルサービスの範囲内での対応となります。