（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 |  |

 |