精神しょうがいしゃショートステイ利用登録(更新)申請書

年 月 日

国立市長殿

住 所 	
氏 名	印 続柄
	※署名の場合は、押印不要です。
電話番号	

精神しょうがいしゃショートステイの利用を申請します。

	氏 名			生年月日	年 月	日	歳
	住 所				電話番号		
利用者 本人	精神保健福祉手	帳の有無			職業		
	通院している医	療機関			主治医		
	緊急連絡	先	氏名	続柄	電話番号		

◎申請者及び申請書の家族等の所得の状況を、公簿等により調査することに同意いたします。

精神障害者ショートステイ利用申込書

								年	月	日
国立市長	殿									
精神障害者	首ショートス	ステイの利	川用に	ついて、次のと	とおり申し	込みます。				
利用希望期間										
	年	月	日	から	年	月	日	まで		
利用者氏名										
 住 所										
電話番号			(
家族等氏名										
住 所										
再 红亚口			/	`						

意 見 書

年 月 日

国立市長殿

医療機関所在地

医療機関名

主治医氏名

(EI)

電話·FAX ()

ショートステ	氏名		男・女	年齢	歳
イ希望者	住 所	国立市			
	1 病名		発病推定	年・	歳 頃
	2 病歴				
	3 家族背景	及び生活歴			
	4 現在の病	状・症状(精神科以外の既往歴、現病歴がありました	ら合わせてこ	記入ください)
 病歴等	* 身長	cm 体重 kg 血圧 /	mmHg		
)F1/1E ()	5 現在の治		18		
	(1) 受診4 (2) 処方[状況 規則的 · 不規則的 回 / 週 · 内容	月 (日	翟日)	
	 薬の管理3	☑接 要 · 不要			
		反応 薬物()・無 食べ物(その他) • ‡	#	
	6 病状悪化	の誘因及び兆候			
	7 対人関係	•日常生活能力等			

【紹介者意見書】			ご記入日 令和	年	月	日
〇紹介される方(ご本人)	〇紹介者のお名前 職種		○ご所属	-		
様		印				
○ショートスティが適当と思われ	る理由と、期待される効果		-			
〇ご本人の治療歴・生育歴・家族	医関係の特徴(ご存知の範囲	で)				
 ○ご所属機関とのご関係・これる		<u></u> 生活など				
○ショートスティに必要と思われ	る施設側の配慮・働きかけな	ど				
	、					
〇その他ご意見や留意事項をお	で書さくたろい					