　オーダー日：　　　　年　　月　　日

担当医：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 様 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　(　　　歳) |
| 診断名 |  | 合併症 |  |
| 処方内容 |  | | |
| 病歴  (入院歴・　デイケア利用歴を含む) | 入院歴  □なし　□あり(最終入院　　　　年　　月　　～　　　年　　月　　　　　　　　　　　　病院)デイケア等利用歴  □デイケア・□ナイトケア(施設名　 　　　　利用期間 　 　)  □その他 (施設名　　　 　　　　利用期間 　) | | |
| 現在の  治療状況 |  | | |
| 家族状況 | □単身　　　　　　　　　□家族と同居（構成：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □グループホーム　　　　□入所施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| デイケア参加目標 | □生活リズムの改善　　　　　　　□生活技能の習得  □対人関係の改善　　　　　　　　□集団生活への適応  □就労にむけた準備　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| デイケアを薦める理由 |  | | |
| 特記事項 |  | | |

かづの厚生病院　精神科デイケア