

医 師 意 見 書

(グループホーム入居者の通院等介助利用申請用)

西東京市長 殿

作成年月日 年 月 日

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	住 所			

1	慢性疾患等の名称			
	頻度 通院を必要とする 期間	に1回程度 <input type="checkbox"/> 1年未満 (年 月まで) <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明		
2	慢性疾患等の名称			
	頻度 通院を必要とする 期間	に1回程度 <input type="checkbox"/> 1年未満 (年 月まで) <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明		
3	慢性疾患等の名称			
	頻度 通院を必要とする 期間	に1回程度 <input type="checkbox"/> 1年未満 (年 月まで) <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明		
4	慢性疾患等の名称			
	頻度 通院を必要とする 期間	に1回程度 <input type="checkbox"/> 1年未満 (年 月まで) <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 不明		

※複数の慢性疾患等がある場合は、それぞれご記入ください。

以上のとおり、対象者は慢性疾患等により定期的な通院が必要です。

病院又は診療所の名称	
所在地	
電話番号	
医師氏名	(印)