

患者連絡票

(大分県こころとからだの相談支援センター精神科デイケア用)

氏名		男 女	生年月日 昭・平 年 月 日
診断			
本人・家族 への告知病名			
発病から 現在までの 病歴			
現在の病状			
現在の 投薬内容			
デイケアを 行う上での 注意、指示 事項など	※休職中の方の場合、以下も記入してください。 休職期間： 令和 年 月 日まで 復職見込み時期：令和 年 月 日頃 上記見込み時期を御本人にも説明（ している ・ していない ）		

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____