

20 歳以上の他院通院中の方用

デイケア見学 プロフィールシート

(ご記入の上、デイケア見学当日にご持参ください。)

記載日 年 月 日

利用希望者氏名: _____

年齢: _____ 歳 性別: 男・女・未回答

ご連絡先: _____ (携帯・自宅・その他(_____))

【ご紹介経路(○を付けてください)】

医師の勧め・医師以外の医療機関スタッフ(_____)の勧め・
ご家族の勧め・支援機関(_____)の勧め・ご自身での希望
その他(_____)

【利用目的】・生活リズムの改善 ・対人交流 ・就労準備 ・日中の活動場所の確保
(その他、具体的にあればご記入ください)

【かかりつけ医療機関について】

医療機関名: _____ /主治医: _____

疾患名: _____

(○をつけてください)

・主治医はデイケア見学を了承していますか はい・いいえ

・主治医はデイケア利用を了承していますか はい・いいえ

・通院はかかりつけ医で継続となることをご本人および主治医は了承していますか はい・いいえ

・見学時には通所の確約ができないことをご本人および主治医は了承していますか はい・いいえ

【ご予約を頂いた方がご本人でない場合】

依頼者: _____ 続柄: _____

*見学後、利用希望の場合は当院デイケア初診の予約をお取りください。

(代表電話番号:052-763-1511)

*当院での診察、デイケアでの受入会議承認後に利用開始となります。

*診察の際、診療情報提供書および当院デイケア利用の主治医許可証(様式2)をご持参ください。