

外来担当先生 御机下

平素より大変お世話になっております。当院デイケアへの参加をご希望されている患者様には、主治医の先生に以下の書類のご記入をお願いしております。

- ① リワークデイケア・うつデイケア 指示箋（様式1）
- ② 診療情報提供書（特に規定の様式はございません。治療歴と現在の処方状況についての情報をいただいております。）

リワークデイケアにつきましては、復職を目的としたプログラムということで、次のような患者様を対象としております。

- ① うつ病、適応障害など、うつを主症状としている方
- ② 休職中の方（退職者、就職活動の方は対象外です）
- ③ 休職期間を除いた勤務年数が3年を越えており、職場ストレスに発症の原因が認められる方
- ④ 休職原因として職場ストレスを自覚しており、復職に向けての意思がみられる方

プログラムの特徴上、患者様に主体的に取り組んでいただくことが必要とされます。特に③、④につきましては、ご配慮いただけますよう宜しくお願いいたします。

また、当院では、リワークデイケアとは別に、うつの方を対象としたうつデイケアも行っております。こちらは現在お仕事をされていない方や、主婦の方も参加できます。②～④に当てはまらない方の場合は、こちらの方への参加もご検討ください。

尚、インテーク時の状況や患者様の参加状況によっては、リワークデイケアからうつデイケアへ、あるいはうつデイケアからリワークデイケアへという様に、登録を変更させていただく場合がございますので、ご理解の程、宜しくお願いいたします。

医療法人社団 有朋会 栗田病院
院長 安部 秀三

リワークデイケア・うつデイケア 指示箋

フリガナ		主治医	
氏名	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日 (歳)		
■ 診断名 <div style="text-align: center;">(合併症)</div>			
■ 病歴 ・ 今回の発症時期 : 平成 年 月 頃 ・ 今回の発症契機 :			
リワーク デイケア 希望時 のみ	■ 復職に関して ・ 現職への勤務年数（休職期間は除く）: 年 日 <small>（勤務年数が3年未満の場合は再度ご検討下さい。）</small> ご本人の復職への意思 あり / なし 求職の原因としての職場ストレスの自覚 あり / なし <small>（いずれかが「なし」の場合は再度ご検討下さい。）</small>		
■ 連絡事項 <div style="height: 100px;"></div>			