

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。貴院通院中の患者様が当院リワークデイケアへの参加を希望しております。ご多忙のところ誠に恐縮ですが利用条件をご確認の上、以下の書類をご記入して頂けたらと存じます。

利用条件

- うつ病、双極性障害、適応障害などの疾患により会社を休職されている方(退職された方は原則として参加できません)。
- 復職の意思が明確である方。
- 生活リズムがある程度整い、リワークプログラムに参加する程度に症状が回復している方

必要書類

- リワークデイケア指示書
- 診療情報提供書（特に規定の書式はございません。治療経過、処方状況、職場でのストレス要因など記入されたもの）

当院リワークデイケアは定期的に評価シートを作成し、デイケアでの様子について情報提供し、主治医と情報共有しながら行なっていきます。ご理解・ご協力の程よろしくお願いいたします。

医療法人財団 厚生協会 東京足立病院
院長 田中 邦明

※リワークデイケア（開始時）

東京足立病院デイケア

デイケア 医師指示書

年 月 日

氏名	主治医
診断名	
利用目的・目標 復職準備において該当するものがあれば番号に○をつけて下さい 1 病識の獲得・疾病管理 2 対人スキルの向上 3 ストレス対処 4 生活リズム 5 その他_____	
特記事項 _____ _____ _____ _____	
利用期間・復職時期の目安 _____ _____ _____	