

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	男 ・ 女
	住 所		
1	慢性疾患等の名称		
	通院が必要な頻度・期間		
2	慢性疾患等の名称		
	通院が必要な頻度・期間		
3	慢性疾患等の名称		
	通院が必要な頻度・期間		
4	慢性疾患等の名称		
	通院が必要な頻度・期間		
5	慢性疾患等の名称		
	通院が必要な頻度・期間		

※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)