

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頂いております。）

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様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頂く事が必要とされます。特に③、④につきましては、ご配慮いただけますようよろ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ありますので、ご理解の程よろ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 栗田 裕文

リワークデイケア・うつデイケア 指示箋

フリガナ		男 ・ 女	主治医	
氏名				
生年月日	年 月 日 (歳)			
■診断名				
(合併症)				
■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	■復職に関して			
	・ 現職への勤務年数 (休職期間は除く): 年目 (勤務年数が3年未満の場合は再度ご検討下さい。)			
	ご本人の復職への意思		あり / なし	
	休職の原因としての職場ストレスの自覚		あり / なし	
(いずれかが「なし」の場合は再度ご検討下さい。)				
■連絡事項				