

外来御担当先生 御机下

平素より大変お世話になっております。

当院リワーク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 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、就職活動中の方は対象外です）
- ③ 休職期間を除いた勤務年数が1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。

こころのクリニック水戸
院長 高橋 智之

リワークデイケア 指示箋

氏名	様	男・女	生年月日	年　月　日（歳）
【診断名】			【合併症】	
<div>■復職に関して</div> <div>・現職への勤務年数(休職期間は除く)が１年以上か<div>はい / いいえ</div><div>(勤務年数が１年未満の場合は再度ご確認ください。)</div></div> <div>・ご本人の復職への意思<div>あり / なし</div></div> <div>・休職の原因としての職場ストレスの自覚<div>あり / なし</div></div>				
■特記事項				

令和 年 月 日

医療機関名: _____

主治医: