

## 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だたいております。）

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ひいたします。

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】	
<b>■復職に関して</b> ・現職への勤務年数(休職期間は除く)が 1 年以上か                          はい / いいえ (勤務年数が 1 年未満の場合は再度ご検討ください。) ・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				
<b>■特記事項</b>				

令和                          年                          月                          日

医療機関名: \_\_\_\_\_主治医: \_\_\_\_\_