

(様式第1号)

うつ病等集団認知行動療法参加申込書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

私は、うつ病等集団認知行動療法に参加したいので申し込みます。

1 申込者

フリガナ 氏名	
住所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
日中の連絡先 電話番号	— —
連絡先 メールアドレス	@
通院医療機関	
主治医	
診断名	

2 緊急連絡先

フリガナ 氏名	申込者からみた続柄 ()
住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同居 (記入不要) <input type="checkbox"/> 申込者と別居 (以下に記入)
日中の連絡先 電話番号	— —
連絡先 メールアドレス	@

3 集団認知行動療法実施に係る申込者の情報を、必要によりこころの健康センターと主治医等が共有することについて

同意します

同意しません

4 集団認知行動療法参加にあたっての目標

()

(様式第2号)

主治医の意見書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

下記の者について、うつ病等集団認知行動療法の参加を(適・否)と認めます。

フリガナ 氏名	
住所	
診断名	ICDカテゴリー ()
1 現在の病状と生活障害 (該当する項目を○印、うつ症状は複数可) うつ症状 (1)抑うつ気分 (2)意欲低下 (3)興味・関心の低下 (4)不安焦燥感 (5)その他 () 日常生活能力 (1)自発的にできる (2)自発的にできるが援助が必要 (3)援助があればできる (4)できない 希死念慮 あり なし 自殺企図歴 あり なし	
2 処方内容	
3 現病歴	
4 特記事項/ その他	

医療機関名

医師

印

(自署又は記名捺印)