

(様式2)

主治医意見書 (スキルアップ Teens+用)

栃木県精神保健福祉センター所長 様

当院通院中の下記の患者様を、貴センターの『スキルアップ Teens+』の対象者として紹介しますので、御検討ください。

記

1 氏名

2 生年月日

3 住所

4 疾患名

5 経過

(具体的な自傷行為、自殺未遂歴等ありましたら、含めて御記入ください。)

令和 年 月 日

病院名

主治医名