

主治医意見書

ふりがな 氏名:
生年月日(年齢): 昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所:〒 電話:
診断名: ◆身体合併症: なし あり (具体的に:)
現病歴: ◆診断が「摂食障害」の方のみご記入ください。 現在の身長と体重: cm kg 【 BMI: 】 ※BMI = 体重 kg ÷ (身長 m) ² ※BMI が 14 未満の方にはプティバでの活動を一旦お休みいただき、14 以上になった際に再開します。 ※但し、BMI が 14 未満の時であっても、来所しての面談のみ受けていただくことがあります。
プティバの活動に参加することでどのようなことが期待されますか:
集団活動ではどのような点に注意すべきですか:
その他 (自由にお書きください):

年 月 日

医療機関名:

住所:

電話:

主治医氏名: