

心理支援業務指示書

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
			(歳)	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
現在の状況	病状・治療状況					
	投与中の薬剤の 用法・用量					
	病名告知					
	治療の受け入れ					
	※要支援者の病態、治療内容及び方針について					
※支援行為に当たっての留意点						
※直ちに主治の医師への連絡が必要となる状況について						
緊急時の連絡先	—	—	()	
主治医との情報交換の手段						
特記すべき留意事項						

上記のとおり、心理士へ心理業務の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
医師氏名

印