

의 료 서

안녕하십니까? 선생님의 환자가 태화생숲는집 프로그램에 참여하기를 희망하여 선생님의 고견을 부탁드립니다. 아래의 내용을 표시하시거나 기록하셔서 봉하신 후 가족편에 보내어 주시면 감사하겠습니다. 저희 프로그램에 대해 궁금하신 사항이 있으면 연락해주시기 바랍니다.

성 명		연 령	만 세
1. 입원환자일 경우 * 입원일 : 년 월 일 * 퇴원(예정)일 : 년 월 일			
2. 외래환자일 경우 : 귀 원에서 치료를 시작한 시기: 년 월			
3. 진 단 명		4. 총입원경험	회
5. 최초발병시기 : 년 (세)			
6. 최근 입원시기 및 입원원인 : 년 월 ~ 년 월			
7. 현재 잔류증상 및 행동상의 문제점			
8. 복용중인 약물 종류 및 용량 .부작용 :			
9. 약물협조정도 * 본 인 : <input type="checkbox"/> 매우 양호 <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 어려움 <input type="checkbox"/> 매우 어려움 * 가 족 : <input type="checkbox"/> 매우 양호 <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 관심없음 <input type="checkbox"/> 전혀 관심없음			
10. 사회적응 장애요인			

