

의 퇴 서

안녕하십니까? 선생님의 환자가 정신장애인 정신재활시설인 빛고을나주베텔에 입주하기를 희망하여 환자에 대한 선생님의 의견을 부탁드립니다. 아래의 내용을 기록하셔서 봉하신 후 가족편이나, E-mail, FAX로 보내 주시면 감사하겠습니다. 저희 프로그램에 대해 궁금한 사항이 있으시면 연락해주시기 바랍니다.

성명		연령	만 세
1. 입원환자일 경우 *입원일 : 년 월 일 * 퇴원(예정)일 : 년 월 일			
2. 외래환자일 경우 * 귀원에서 치료를 시작한 시기 : 년 (만 세)			
3. 진단명		4. 입원경험	
5. 최초 발병시기 및 행동증상 : 년 (만 세)			
6. 최근 입원시기 및 입원월일 : 년 월 - 년 월			
7. 현재 잔류증상 및 행동상의 문제점			
8. 복용중인 약물 및 부작용			
9. 약물협조 정도 * 본인 : * 가족 :			
10. 사회적응장애 요인 (약물협조 미비, 증상, 문제행동, 기타)			

