

・診療情報提供書の様式

(1) 様式1 精神科医療機関への診療情報提供書

長崎県かかりつけ医と専門医のうつ病ネットワーク事業

精神科医療機関への診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関等名

病院・医院・クリニック

紹介元医療機関名 / 担当科

先生 御侍史 所在地

TEL / FAX

医師氏名

印

患者	氏名	様	生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)	性別	男・女
	住所	電話番号	職業			
傷病名						
紹介目的						
・既往歴・家族歴 ・症状経過 ・当院での診断						
症状	睡眠障害： 毎日 時々 なし (入眠困難 途中覚醒 早朝覚醒 浅眠) 食欲低下： 毎日 時々 なし 全身倦怠感： 毎日 時々 なし 意欲低下： 毎日 時々 なし (おっくう、やる気がない、興味がわからない) 気分の落ち込み： 毎日 時々 なし (悲しくなる、くよくよ考える、悲観的になる) 希死念慮： 有 なし うつスクリーニングテスト： (名称) 得点：()点					
現在の処方						
飲酒歴	機会飲酒・持続飲酒()合/日 ()年間			受診姿勢	本人：積極的・消極的 家族：積極的・消極的	
【フォローについての希望】 そのまま診療医に診てほしい できればかかりつけ医にもどしてほしい ご本人やご家族の希望に任せたい						