**（様式２）精神科医療機関からの診療情報提供書・返信用**

**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**

**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 |  |
| 診断名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 病状治療経過及び検査結果 |  |
| 治療計画及び処方内容 |  |
| その他特記事項 |  |