

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院(医院)

先生

医療機関
所在地
電話番号
FAX番号

かかりつけ医師記入欄

緊急性 (いずれかに○)		有		無	
患者	ふりがな	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	性別
	氏名			歳	男・女
	住所	〒	()		職業
主症状 (該当するものすべて)					
<input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 興味・関心の喪失 <input type="checkbox"/> イライラ・焦燥感 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 罪責感 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 食欲低下…体重減少()か月で()kg減 <input type="checkbox"/> 疼痛(頭痛・腰痛・胸痛・腹痛) <input type="checkbox"/> 消化器症状(嘔気・嘔吐・下痢・便秘) <input type="checkbox"/> 自律神経症状(動悸・発汗・めまい・耳鳴り・肩こり) <input type="checkbox"/> その他()					
ストレス要因 (該当するものすべて)					
1 仕事 <input type="checkbox"/> 過労 <input type="checkbox"/> 離職(退職) <input type="checkbox"/> 転勤(異動) <input type="checkbox"/> 職場の人間関係 <input type="checkbox"/> 経営不振 2 家庭生活 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 自分の病気 <input type="checkbox"/> 家族の病気 <input type="checkbox"/> 飲酒 3 その他 ()					
投薬内容			既往症・家族歴等		
受診予約年月日	平成 年 月 日	入院希望の有無 (いずれかに○)	有・無		

診療情報提供書・返信用 (本人受診後、紹介元に返信)

平成 年 月 日

病院(医院)

先生

医療機関
所在地
電話番号

精神科医師記入欄

受診日	平成 年 月 日
診断名	
病状	
治療計画 処方内容	
その他	