

診療情報提供書(かかりつけ医→精神科医)ver1.0

年 月 日

医療機関 _____

担当医 _____ 先生 侍史

医療機関
電話
FAX

診察予約 年 月 日 時 医師氏名 ㊟

患者氏名 _____ 男 女

患者住所 _____ 電話番号 ()

生年月日 M T S H 年 月 日 ()才

(あてはまるものに○)

職業 あり()なし
同居家族 あり()なし 未婚 既婚 離別 死別
診察時同伴者 あり()なし
本人の受診の意志 あり なし

傷病名

紹介目的 (あてはまるものに○) 診断 治療 入院を含む 診断書発行

既往歴
家族歴
生活歴

飲酒習慣 あり なし

症状経過及び検査結果

現在の主な症状 不眠 食欲低下 全身倦怠感 意欲低下 気分の落ち込み 自殺念慮

(あてはまるものに○)

幻覚 妄想 興奮 暴言 暴力 高揚気分 記憶障害 徘徊 拒食 拒薬

痙攣 アルコール・薬物依存

うつスクリーニングテスト:名称 () 得点 ()点

現在の処方