

診療情報提供書 (参考様式)

紹介先医療機関等名

年 月 日

病院・医院・クリニック

紹介元医療機関名

先生 殿

所在地

TEL/FAX

下記の患者様について、御高診の程よろしくお願いたします。

医師氏名

印

患者	氏名	フリガナ	性別	生年月日		
			男・女	T・S・H 年 月 日 (歳)		
	住所	TEL () -		職業		
傷病名						
紹介目的						
既往歴 及び 家族歴						
症状経過 及び 検査結果						
症 状	※該当するものすべてに○を付けてください。					
	睡眠障害 : 毎日・時々・なし (入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠)					
	食欲低下 : 毎日・時々・なし (体重減少 () ヶ月で () kg 減)					
	全身倦怠感 : 毎日・時々・なし					
	意欲低下 : 毎日・時々・なし					
	気分の落ち込み : 毎日・時々・なし					
	希死念慮 : 毎日・時々・なし					
その他 : []						
生活状況 (ストレス の状況)	※分かる範囲で記載ください。該当するものすべてに○を付けてください。					
	仕事 : 過労・離職(退職)・異動・職場の人間関係・経営不振					
	家庭生活 : 借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気					
	アルコール : 毎日・機会飲酒・飲まない(種類・量・頻度)					
	アルコール関連問題 : なし・あり(事由:)					
その他 : []						
治療経過						
現在の処方						
備考						

※「こころとからだの質問票」または「AUDIT」を実施した場合、紹介先には結果のコピーを添付してください。