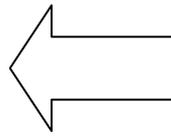


診療情報提供書

西部地域保健対策協議会
精神疾患対策（うつ・自殺対策）事業

平成 年 月 日

病院（医院）
先生



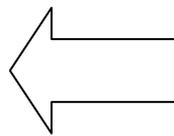
医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

かかりつけの医師記入欄	緊急性の有無 (該当する方に○をつけてください。)			有 ・ 無	
	患者氏名	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
	住所		職業		
	主な症状（複数回答可）				
	<input type="checkbox"/> 興味・関心の喪失 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分・落ち込み <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 食欲異常 <input type="checkbox"/> 罪責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> イライラ・焦燥感 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	病 状・投薬内容				
	○ 病 状		○ 投薬内容 ※お薬手帳をお持ちの場合、それを持参させてください。 ※お薬手帳をお持ちでない場合、内服中のお薬をお書きください。		
	● こころとからだの質問票：() 点				
	● 日本版SDS : () 点				
	生活状況（ストレスの状況）（分かれば記載してください。該当するもの全てに○をつけてください。）				
	1 仕事 : 過労 ・ 離職（退職） ・ 転勤（異動）・職場の対人関係 ・ 経営不振				
	2 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 ・ 飲酒				
	3 その他 : ()				
	その他・特記事項（既往歴・家族歴等）				

診療情報提供書・返信用

平成 年 月 日

病院（医院）
先生



医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

精神科医師記入欄	診断名
	病 状
	治療計画及び処方内容
	その他

