

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先 医療法人水光会 伊丹天神川病院 FAX：072-779-8923

TEL (代表) 072-781-5577、(医療福祉相談室) 072-767-1187

〒664-0007 兵庫県伊丹市北野6-38

※該当項目には、□チェック、ご記入をお願いします。

紹介元	医療機関名		診療科	
	住所		医師名	(印)
	電話	FAX	ご担当の方	様

患者情報	フリガナ		性別		生年月日	年齢
	氏名 (又はイニシャル)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	歳
	現住所	〒			<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
	電話				記号 番号	

精神科治療歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中断	病名	
		医療機関名	

精神科診断名	
--------	--

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
------	--

既往歴 家族歴 生活歴	・アルコール依存 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・薬物依存 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・頭部外傷歴 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ・妊娠 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
-------------------	---

現在の主な症状	<input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 拒食・拒薬 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------	---

症状経過及び治療経過	
------------	--

現在の処方	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤名・用法用量等 <input type="checkbox"/> 処方箋のコピー添付にて省略	検査データの添付
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無