

診療情報提供書（かかりつけ医→精神科医）

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

F A X

患 者	氏名	生年 月 日	年 月 日	性別	男・女
	住所	職業			

病名

紹介目的

主訴・症状経過・検査結果・治療経過・処方等

症状（該当するものすべてに○をつけてください）

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 1 2週間以上不眠が続く    | 6 原因不明の耐え難い痛みや身体症状 |
| 2 睡眠薬を内服しても眠れない | 7 食欲不振             |
| 3 抑うつ気分         | 8 集中力低下            |
| 4 意欲低下、易疲労感     | 9 自責感、無価値感         |
| 5 興味、関心の低下      | 10 性欲低下            |

生活状況・ストレス状況（該当するものすべてに○をつけてください）

- 1 仕事：過労・離職（退職）・異動・職場の対人関係・経営不振
- 2 家庭生活：借金・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気・介護
- 3 その他：（ ）

その他（既往歴・家族歴）