

墨田区医療関係者の相談 連絡

平成 年 月 日

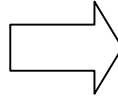
医療関係者

機関名

電話番号

F A X

担当者名



精神科医

機関名

電話番号

F A X

担当者名

次の方の相談をしたくご都合の良い連絡方法をお知らせください。

歳 (男・女)

症状

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 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 |

相談内容

精神科医→医療関係者 返信

- ☐ 電話をください (時間帯 月 日 時頃)
- ☐ 電話をかけます (時間帯 月 日 時頃)
- ☐ その他