

診療情報提供書（かかりつけ医→精神科医）

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

F A X

|     |     |      |      |                |    |     |
|-----|-----|------|------|----------------|----|-----|
| 患 者 | 氏 名 | ( 歳) | 生年月日 | T・S・H<br>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）