

うつ病等連携 診療情報提供書

年 月 日

先生 御侍史

紹介元医療機関名  
所在地  
TEL・FAX  
医師氏名

1. 下記の患者様について、御高診の程よろしくお願ひいたします。(紹介用)

|   |  |     |     |             |                      |
|---|--|-----|-----|-------------|----------------------|
| 患者  | 氏名   |     | 男・女 | 生年<br>月日    | T・S・H・R<br>年 月 日( 歳) |
|   | 住所   | TEL |     | 職業<br>(勤務先) |                      |
| 受診主訴・<br>経過及び<br>治療状況                           | うつ病等を疑う症状:<br>通院加療中の病気:<br>処方薬:  |     |     |             |                      |
| 症状<br>(該当するもの<br>にチェックをつ<br>けてください)             | ①睡眠障害 : <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし ( <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 浅眠 )<br>②食欲低下 : <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし ( 体重減少 : _____ か月で _____ kg減少 )<br>③全身倦怠感 : <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし<br>④意欲低下 : <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし<br>⑤気分の落ち込み : <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし<br>⑥その他( )   |     |     |             |                      |
| その他<br>既往症等                                     | 既往歴:<br>家族歴:   |     |     |             |                      |
| 生活状況<br>ストレス状況<br>(該当するもの<br>にチェックをつ<br>けてください) | ①健康: 病気 ( <input type="checkbox"/> 身体的、 <input type="checkbox"/> 精神的、 <input type="checkbox"/> アルコール関連問題 )<br>※アルコール ( <input type="checkbox"/> 毎日・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 飲まない ) 喫煙歴 ( _____ 本/日・吸わない )<br>②経済: <input type="checkbox"/> 生活苦(将来への不安)・ <input type="checkbox"/> 負債・ <input type="checkbox"/> 事業不振・ <input type="checkbox"/> その他( )<br>③家庭: <input type="checkbox"/> 不和・ <input type="checkbox"/> 孤立・ <input type="checkbox"/> 離婚・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> 育児ストレス・ <input type="checkbox"/> 教育問題・ <input type="checkbox"/> 介護疲れ<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>④職場: <input type="checkbox"/> 過労・ <input type="checkbox"/> 離職(退職)・ <input type="checkbox"/> 異動・ <input type="checkbox"/> 職場の人間関係・ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>⑤その他: <input type="checkbox"/> 交際の問題・ <input type="checkbox"/> 学校内での問題・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |     |             |                      |

※ うつスクリーニングを実施した場合、紹介先に結果を添付してください。

2. 下記に精神科医の記入をお願いします。(返信用)

|              |                   |       |       |
|--------------|-------------------|-------|-------|
| 診察医氏名        |                   | 診察年月日 | 年 月 日 |
| 診断名          | ICDカテゴリー【 _____ 】 |       |       |
| 病状           |                   |       |       |
| 治療計画<br>処方内容 |                   |       |       |
| 特記事項         |                   |       |       |