

診療情報提供書兼受付票【救急医療機関用】

病院
先生

医療機関名
所在地
電話番号
担当医師名

日付	年 月 日 ()		No. 事務局記入	
フリガナ 氏名			保険 区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保(本・家) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日・性別	年 月 日生 (歳) 男・女		職業	
現住所 又は現在地			電話番号	()
家族 又は 同伴者	氏名() 続柄() 住所() 電話番号() <input type="checkbox"/> 不明		家族構成 <input type="checkbox"/> 不明	
精神科治療歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 定期的 病名() 病院名() <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 中断		
精神科入院歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	病名 () * 複数回入院歴がある 病院名 () 場合は、直近の入院 入院期間() 歴を記入。		
身体疾患名	病名		次回予約	(年 月 日) (科) (医師)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 上記身体疾患は、当方で治療いたしますので併診をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 上記身体疾患の治療は終了しましたので、今後の診療をお願いいたします。			
症状経過及び 治療状況				
処方薬	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	薬剤名・分量等 <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
継続して 精神科で必要な処置	<input type="checkbox"/> 有 → 〈具体的な指示事項〉 <input type="checkbox"/> 無			
自殺未遂の手段	<input type="checkbox"/> 墜落(飛びおり) <input type="checkbox"/> 飛び込み(電車など) <input type="checkbox"/> 薬物(内容) <input type="checkbox"/> 切創・刺創 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 縊首 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
疑われる精神症状	<input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 認知症様症状 <input type="checkbox"/> アルコール依存 <input type="checkbox"/> 薬物依存() <input type="checkbox"/> その他()			
パンフレットによる 本事業のご説明	<input type="checkbox"/> 済み → <input type="checkbox"/> ご本人へ <input type="checkbox"/> ご家族へ <input type="checkbox"/> その他の方 () へ	受診先への情 報提供の同意	<input type="checkbox"/> あり →	<input type="checkbox"/> ご本人の同意 <input type="checkbox"/> ご家族の同意 (続柄)
精神科病院 記入欄	受入時間 年 月 日 () 時 分		医療機関名 医師名	
	診断名	ICDカテゴリー()		
診察結果	<input type="checkbox"/> 来院せず <input type="checkbox"/> 電話対応のみ <input type="checkbox"/> 外来診察終了 <input type="checkbox"/> 外来診察継続 (次回診察 年 月 日) <input type="checkbox"/> 応急入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先) <input type="checkbox"/> その他()			