

## 診療情報提供書兼受付票【一般医療機関用】

診療所・クリニック

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 又は所在地			電話番号	( )
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 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 中断	病名( )	病院名( )
精神科入院歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	病名 ( ) 病院名 ( ) 入院期間( )	* 複数回入院歴がある 場合は、直近の入院 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				
病状	睡眠障害 : 毎日・時々・なし (入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠) 食欲低下 : 毎日〔体重減少( )か月で( )kg減〕・時々・なし 全身倦怠感 : 毎日・時々・なし 意欲低下 : 毎日・時々・なし 気分の落ち込み : 毎日・時々・なし 飲 酒 : 毎日(種類・ )・時々・なし 希死念慮 : 死にたいと思う・手段を考えている・なし 自殺未遂の既往 : 有(時期 年 月 日、手段 )・無			
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
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 )
受診希望日	<input type="checkbox"/> 当日中 <input type="checkbox"/> 2～3日中 <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月 日) * できる限り調整させていただきますが、ご希望に添えない場合もある旨をお伝え下さい。			
精神科診療所 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"/> 精神科病院紹介 (紹介先 ) <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先 ) <input type="checkbox"/> その他( )		