**（様式１）精神科医療機関への診療情報提供書**

**長崎県かかりつけ医と専門医のうつ病ネットワーク事業**

**精神科医療機関への診療情報提供書**

平成　　　年　　月　　日

紹介先医療機関等名

　　　　　　　　 　病院・医院・クリニック

紹介元医療機関名／担当科

　　　　　　　　　 　先生　 御侍史　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ／ＦＡＸ

医師氏名　　　 　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　様 | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ年　 月 　日(　　歳) | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 　　　　　　　　電話番号 | 職業 |  |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| ・既往歴・家族歴・症状経過・当院での診断 |  |
| 症状 | 1. 睡眠障害：　　　毎日　　時々　　なし　(入眠困難 途中覚醒 早朝覚醒 浅眠)
2. 食欲低下：　　　毎日　　時々　　なし
3. 全身倦怠感：　　　毎日　　時々　　なし
4. 意欲低下：　　　毎日　　時々　　なし　(おっくう、やる気がない、興味がわかない)
5. 気分の落ち込み：　　　毎日　　時々　 なし　(悲しくなる、くよくよ考える、悲観的になる)
6. 希死念慮：　　　 有　　　　なし
7. うつｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞﾃｽﾄ： (名称　　　　　　　　　　　)　得点：(　　　　　)点
 |
| 現在の処方 |  |
| 飲酒歴 | 機会飲酒・持続飲酒(　 　)合／日　(　　)年間 | 受診姿勢 | 本人：積極的・消極的家族：積極的・消極的 |
| 【フォローについての希望】□そのまま診療医に診てほしい　□できればかかりつけ医にもどしてほしい□ご本人やご家族の希望に任せたい |