**（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 | | | | | | | |