

精神科医療機関への診療情報提供書

平成 年 月 日

病院・医院・クリニック
先生 御侍史

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

患者氏名		生年 月日	T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男・女
患者住所 (TEL)			勤務先		
<p>1. 受診主訴、症状および治療経過（投薬内容など）</p> <p>2. 症状（該当するものにすべて○をつけてください）</p> <p>①睡眠障害： 毎日 時々 なし （ 入眠困難 中途覚醒 早朝覚醒 浅眠 ）</p> <p>②食欲低下： 毎日 時々 なし</p> <p>③全身倦怠感： 毎日 時々 なし</p> <p>④意欲低下： 毎日 時々 なし</p> <p>⑤気分の落ち込み： 毎日 時々 なし</p> <p>⑥自殺念慮： 毎日 時々 なし</p> <p>⑦SDS 得点：（ ）点 ※SDS を実施した場合のみ記載</p> <p>3. その他（既往歴・家族歴など）</p>					