診 療 情 報 提 供 書

医療機関名　　平成　　年　　月　　日

科　　先生

御侍史

医療機関名の
所在地及び名称
電話番号／FAX
科　　名
医　師　氏　名　　㊞

(患 者)　　ID 番号（　　）
氏 名　　殿　(男　女)　大・昭・平　　年　月　日生　　満　　歳

主訴　　**状態（鬱、不安、幻覚　　）** 当院初診日（　　年　　月　　日）	**紹介目的**　精神科的精査　　継続加療 認知症精査　その他（　　）
既往歴及び家族歴	**受診姿勢**　本人：積極的・消極的 家族：積極的・消極的
精神科受診歴：不明・なし・あり 年頃～　年間　　転帰：継続・中断・終了	**常用薬。売薬。サプリメントなど**
飲酒歴：機会飲酒・持続飲酒（　）合／日（　）年間	**趣味**　　**喫煙**　　本／日（　）年間
実施検査：血液一般（未・異常なし・あり），生化学検査（未・異常なし・あり），甲状腺機能（未・異常なし・あり）， 腹部エコー（未・異常なし・あり），心電図（未・異常なし・あり），胃透視 or 内視鏡（未・異常なし・あり）， 頭部 CT（未・異常なし・あり），頭部 MRI（未・異常なし・あり），その他（　　）	
今回エピソードの前の生活歴：出身地(　　)，　未婚・既婚・離婚・死別，　独居・同居 学歴（中退も含めて） 職歴（転職状況も含めて）	
今回エピソードに関する生活変化：家庭問題（離婚・死別・介護等），職場の問題（異動・労働環境等），健康の問題等 年　　月　　日　に．前より．頃より 年　　月　　日　に．前より．頃より	
以下症状が出現しています。 **身体症状**　（　　日　　週　　ヶ月前頃から） **睡眠障害**：入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠・過眠　　**日内変動**：なし・あり(　　)の方が悪い **食欲**：低下・増加　　**体重**：減少・増加（　　kg／　週・　月） **疼痛**：頭痛・胸痛・腰痛・腹痛・（　　）痛　　**消化器症状**：嘔気・嘔吐・便秘・下痢・（　　） **自律神経症状ほか**：動悸・発汗・めまい・耳鳴り・肩こり・（　　）	
当院での確認項目 この 2 週間以上、毎日のようにずっと憂うつあるいは沈んだ気持ちでいた。　はい・いいえ この 2 週間以上、ほとんどのことに興味がなくなったり、楽しめていたことが楽しめない。　はい・いいえ 過去にも今回と同じようなエピソードがあった。　はい・いいえ 今までに気分がいい・調子が高いあるいは自信にあふれていた時期がある。　はい・いいえ 今までに口論や殴り合いのけんか家族以外の人を怒鳴りつけたりしたことがある。　はい・いいえ 発症前の社会適応状態，対人関係は：不明・非常に良好・問題なし・やや問題あり・問題多い	

他の精神症状（　　日　　週　　ヶ月前頃から、不明）

認知症症状：物忘れ・徘徊・妄想・具体的陳述内容（　　）

精神病症状：幻覚・妄想・具体的陳述内容（　　）

不安症状：パニック発作・社会不安障害・強迫症状・その他（　　）

その他：具体的陳述内容もしくは行動内容（　　）

行動変化

自殺企図：なし・あり（時期　　方法　　）

自傷行為：なし・あり（大量服薬・リストカット）　**希死念慮**：なし・あり（現在，過去　　年頃　　歳時）

飲酒量増加：なし・あり　**問題飲酒行動**：なし・あり　**薬物依存**：なし・あり　**ひきこもり**：なし・あり

その他の行動変化，問題行動（　　）

よくわからない　不明

その他の症状

現在の処方（精神科作用剤）処方開始日（　年　月　日）

過去処方薬剤（薬剤名・最高用量・期間・副作用など）

薬歴持参させます

お薬手帳持参指示いたしました

診断書・傷病手当など（有・無）

現在処方している薬剤・特筆すべき検査項目

当院での説明　　病名（　　）を疑い、患者には以下のように説明しています

貴院紹介理由を次のように説明しています

本患者における留意事項