＜紹介元医療機関＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜紹介先医療機関＞

平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日

名称

医師名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 昭　　・　　平　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　　　歳） | 性別 | 　男　　・　　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　うつ病　F32　　　　反復性うつ病　F33　　　　気分変調　F34　　　　双極性　F31その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 傷病名 |   |
| 紹介目的 | ＊下記の中で復職阻害因子と思われるものに○をお願い致します |
| （病状の問題）　　抑うつ気分　　　　精神運動抑制　　　不安　　　　　焦燥　　　　身体症状　　　　　　　　　パニック障害の合併　　不完全寛解　　　　再燃・再発の防止ができない　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　その他　　（職場の問題）　　過重労働　　　　　上司との関係　　　同僚との関係　　疾患の無理解　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　その他　　　（本人の問題）　　認知機能の問題　　人格的問題　　　　能力的側面　　　コミュニケーション能力の問題　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）復職への焦り　　　　　　その他　　（家庭の問題）　　病気の無理解　　　復帰への焦り　　　家庭内不和（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴家族歴 | ・身体合併症　　　　有　・　無　　　・　不明　・運動制限　　　　　有　・　無　　　・　不明　(＊プログラム内にて運動をすることがあるため)・遺伝負因　　　　　有　・　無　　　・　不明　 |

＜症状経過および治療経過＞

＜現在の処方＞

お薬手帳をご持参下さるよう、お声かけ下さい。

＜備考＞

病状の急変時等、当院からご連絡差し上げることがございます。ご都合の良い時間帯をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （例） | 水 |  |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| AM | ９時～12時 | AM |  |  |  |  |  |  |
| PM | × | PM |  |  |  |  |  |  |