

診療情報提供書

<紹介元医療機関>

<紹介先医療機関>

平成 年 月 日

名称 _____

医療法人社団秦和会
 はたの林間クリニック
 院長 高橋 明比古
 (046)-278-5781
 神奈川県大和市中央林間3丁目2-3
 幸芳ビル 1F

医師名 _____ (印)

患者氏名	様				性別	男	・	女
生年月日	昭	・	平	年	月	日	(歳)
傷病名	うつ病 F32	反復性うつ病 F33	気分変調 F34	双極性 F31	その他 ()			
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 パニック障害の合併 その他 ()	精神運動抑制 不完全寛解	不安 再燃・再発の防止ができない	焦燥	身体症状			
(職場の問題)	過重労働 その他 ()	上司との関係	同僚との関係	疾患の無理解				
(本人の問題)	認知機能の問題 復職への焦り	人格的問題 その他 ()	能力的側面	コミュニケーション能力の問題				
(家庭の問題)	病気の無理解 その他 ()	復帰への焦り	家庭内不和					
既往歴	・身体合併症	有	・ 無	・ 不明 ()				
家族歴	・運動制限 (*プログラム内にて運動をすることがあるため)	有	・ 無	・ 不明 ()				
	・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
AM	9時~12時
PM	×

	月	火	水	木	金	土
AM						
PM						