

診療情報提供書

(三重県かかりつけ医と精神科専門医との連携強化事業)

病院(医院)

平成 年 月 日

先生

医療機関:

所在地:

電話番号:

医師名:

患者	氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
	住所				()	職業		
傷病名					紹介目的			
受診主訴 経過 治療状況 現在の処方		(検査結果も記載してください。)						

(該当するものすべてを選択してください)

症状	睡眠障害	〔入眠困難(毎日・時々・なし) 途中覚醒(毎日・時々・なし) 早朝覚醒(毎日・時々・なし) 浅眠(毎日・時々・なし)〕		
	気分の落ち込み	・ 食欲低下	・ 意欲の低下	・ 体重減少
	疼痛	〔頭痛・胸痛・腰痛・腹痛〕	消化器症状	〔嘔気・嘔吐・便秘・下痢〕
	自律神経症状 他	〔動悸・発汗・めまい・耳鳴り・肩こり・()〕		

(わかれば記載してください。該当するものすべてを選択してください)

生活状況 (ストレス の状況)	仕事〔過労・退職(離職)・異動・職場の対人関係・経営不振〕 家庭生活〔借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気〕 その他〔 〕
行動変化	希死念慮・自殺企図(ある場合は時期方法等) 自傷行為・飲酒の増加・問題飲酒行動・薬物依存・その他()
エピソード 前の生活歴	家族の有無〔あり(配偶者・子ども()人)・父・母・兄弟姉妹)・なし〕 婚姻〔未婚・既婚・離婚・別居〕 学歴〔 卒業・中退〕・職歴〔 〕
既往歴 家族歴	
その他	

* 「日本版SDS」を実施した場合、結果のコピーを添付してください。

* 担当医がうつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者に十分な説明を行い同意を得て、精神科を標榜する別の医療機関へ患者の受診日を予約した上で患者の紹介を行った場合、診療情報提供料()の点数(250点)に精神科医療連携加算として200点を加算することができます。