

診療情報提供書兼受付票【精神科診療所用】

病院
先生

医療機関名
所在地
電話番号
担当医師名

日付	年 月 日()		No. 事務局記入	
フリガナ 氏名			保険 区分	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保(本・家) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日・性別	年 月 日生(歳) 男・女		職業	
現住所 又は現在地			電話 番号	() <input type="checkbox"/> 不明
家族 又は 同伴者	氏名()続柄() 住所() 電話番号() <input type="checkbox"/> 不明		家族構成 <input type="checkbox"/> 不明	
精神科治療歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 定期的 病名()病院名() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 中断			
精神科入院歴	<input type="checkbox"/> 有 → 病名() * 複数回入院歴がある <input type="checkbox"/> 無 病院名() 場合は、直近の入院 <input type="checkbox"/> 不明 入院期間() 歴を記入。			
精神科診断名	病名	ICDカテゴリー()		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院加療が必要と思われるので診察をお願いいたします。			
症状経過及び 治療状況				
現在の状態像	<input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 精神運動興奮状態 <input type="checkbox"/> 昏迷状態 <input type="checkbox"/> 統合失調症等残遺状態 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 躁状態 <input type="checkbox"/> せん妄状態 <input type="checkbox"/> もうろう状態 <input type="checkbox"/> 認知症状態 <input type="checkbox"/> その他()			
処方薬	<input type="checkbox"/> 有 → 薬剤名・分量等 <input type="checkbox"/> 処方箋のコピー添付にて省略 <input type="checkbox"/> 無		検査データ の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
精神科病院 記入欄	受入時間 年 月 日() 時 分 医療機関名 医師名			
	診断名 ICDカテゴリー()			
	診察結果	<input type="checkbox"/> 来院せず <input type="checkbox"/> 電話対応のみ <input type="checkbox"/> 外来診察終了 <input type="checkbox"/> 外来診察継続(次回診察 年 月 日) <input type="checkbox"/> 応急入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介先) <input type="checkbox"/> その他()		