

診療情報提供書

沖縄県立宮古病院 精神科

平成 年 月 日

先生 ご侍史

医療機関名

所在地

TEL:

FAX:

医師氏名

下記の方をご紹介申し上げます。
ご高診の程、宜しく願いいたします。

フリガナ		生年 月日	大・昭・平	性別	男・女
氏名			年 月 日(才)		
住所				職業	
電話					

主訴:

紹介目的

精神科的精査 認知症精査 加療依頼
その他()

受診姿勢

本人: 積極的 消極的
家族: 積極的 消極的

既往歴(身体疾患および薬剤)

精神科受診歴: あり・なし・不明

発症から初診までの経過(時期・原因または誘因)

初診時の所見および経過

実施検査 血液一般(未・異常なし・あり)・生化学(未・異常なし・あり)・感染症(未・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()

現在の処方(神経系作用薬剤)