

# 診療情報提供書(依頼用)

年 月 日

紹介元 医療機関名

住所

TEL

FAX

医師名

印

フリガナ		明・大	年	月	日	( 歳 )	男・女
患者氏名		昭・平・令					
住所		※日中連絡がつく電話番号をご記入ください 電話番号① 電話番号②					
傷病名							

## 紹介の主旨

- 精査希望(ご本人から・家族から・かかりつけ医から・その他から)  
 精神科の薬の調整  
 その他

## 当事者が最も困っていること

- 1)本人  
2)家族・介護者

## 既往歴・治療状況

- 高血圧 (治療中・未治療)  脳血管障害 (治療中・未治療)  
 糖尿病 (治療中・未治療)  過度の飲酒歴 (治療中・未治療)  
 脂質異常症(治療中・未治療)  精神科の薬の内服(薬剤名 )  
 心臓病 (治療中・未治療)  
 その他

## 添付書類 ※お手数ですが、できるだけ添付していただけますようお願いいたします。

- 検査データ写し  処方内容  前医診療情報提供書(あれば)

医療法人社団 光生会

精神科・心療内科

# 平川病院

受付時間

9:00~16:00

# 042-651-3131

〒192-0152 東京都八王子市美山町1076 FAX:042-651-3133