

※該当項目には、□チェック、○印あるいは記入をお願いします。

宛先 総合心療センターひなが 地域連携室行 FAX:059-346-4643 TEL:059-340-3900(直通)

入院依頼連絡票(兼診療情報提供書)

記入日 年 月 日

貴医療機関名	診療科
住所	貴医師名 先生
電話 FAX	御担当の方

紹介患者情報

フリガナ	性別	生 年 月 日	年齢
患者氏名	男 女	年 月 日	才
現住所	保険種別 国保 社保 生保 その他		
	電話		
傷病名	統合失調症 うつ病 躁うつ病 認知症 アルコール依存症 その他()		
既往歴	無 有 ()		
家族歴	無 有 ()		
アレルギー	無 有 ()		
紹介目的	入院が必要 入院の必要性を検討して欲しい その他()		
受診希望日	なるべく早期に 後日でもよい その他()		

現病歴(治療経過、症状経過及び検査結果)

--

現在の処方

--

保護室の必要性	無 有 不明
問題行動の有無	無 暴言 暴力 希死念慮 自殺企図 自傷行為 徘徊 異性関係 その他()
ADL	独歩 杖歩行 車椅子 その他()
同伴者の有無	無 配偶者 父母 兄弟姉妹 子ども 祖父母 知人 その他
入院意思	本人 無 有 家族 無 有
備考	

画像診断のフィルム、検査記録などある場合は添付してください。記入欄不足の場合は別紙添付してください。