

※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:059-340-3901(直通) 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。