

## 診療情報提供書（復職支援プログラム）

紹介先医療機関名 大河内メンタルクリニック

担当医 大河内 恒

平成 年 月 日

紹介元医療機関

所在地（〒 - ） \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別（男・女）

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_歳

住所（〒 - ） \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

診断名 \_\_\_\_\_

生活歴、家族歴、養育環境上の問題。

学歴、職歴。

発病状況と病状の経過。

当クリニックの復職支援（またはショートケア）をご利用されるに当たって、ご要望をお聞かせください。

性格傾向、特に対人関係上の問題、集団行動上の難点があれば、率直なご教示をお願いいたします。

処方内容

## ご紹介いただける先生方へ

先生御侍史

当メンタルクリニックの復職支援プログラムについて、参加をご希望の患者さんをご推薦いただける場合、以下の留意点を参考にさせていただきますと幸いです。

1. 対象の患者さんは、原則的に休職中であること。
2. 参加していただく患者さんが、集団行動、対人関係に、それなりの自己規制力を保有していること、プログラムに継続的に参加できる（週に三日程度は）だけの気分の安定、根気、意欲などが保たれていることが必要と考えております。
3. 上に述べたことと重複しますが、周囲に迷惑をかける行動が懸念される方は、ご遠慮いただきたく思います。
4. 診断名としては、原則的に「うつ病圏」、「神経症圏」の方が対象です。「統合失調症」、「躁うつ病」、「発達障害」、「パーソナリティ障害」「精神作用物質使用による精神障害および、これらの物質への依存症」などの患者さんは、上記の（2）と（3）に述べた理由から、対象外になります。
5. ご推薦いただける患者さんについての情報を、同封しました用紙にご記入いただけますと幸いです。

大河内メンタルクリニック 院長