

診療情報提供書（ショートケア）

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

患者住所（〒 - ） _____

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ショートケアについて、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. 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。
2. 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。
3. 診断名としては、「うつ病圏」、「神経症圏」の方が主に対象になりますが、そのことについては、上に述べた条件を、おおむねクリアしていただける方、という意味が込められております。ですから、これらの条件をおおよそ満たしておられる患者さんであれば、上記の病名にこだわるものではありません。
4. 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