**○診療情報提供書（アルコール健康障害）**令和　　年　　月　　日

様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　病院（医院）　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　医師氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  等記入欄 | 患者氏名 |  | 職業 |  | | | | |
| 患者住所 |  | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 　 　年　　月　　日（　 歳） | | | TEL |  | | |
| 傷病名 | | | | | | | |
| 紹介目的 | | | | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | | | |
| 病状  （AUDIT　　　点） | | | | | | | |
| 治療経過・現在の処方 | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

**●診療情報提供書・返信用**令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　病院（医院）　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 精神科医等記入欄 | 診断名 |
| 病状 |
| 治療計画及び処方内容 |
| その他 |

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

　　　２．必要がある場合は画像診断のフィルム，検査の記録を添付すること。

３．紹介先が保険医療機関以外である場合は，紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局，市町，保健所名等を記入すること。かつ，患者住所及び電話番号を必ず記入すること。