

紹介用うつ病連携パス(診療情報提供書)

※この様式は、かかりつけ医から一次紹介先医療機関(精神科診療所・病院)へ紹介する際にご使用ください。
基幹病院(2次紹介先医療機関)については1次紹介先医療機関からのみの紹介として位置づけています。

紹介先医療機関

先生 侍史

作成日 令和 年 月 日

紹介元医療機関名

担当医

印

患者氏名	様	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	生年月日 年 月 日
------	---	---	------	------------

1 紹介目的

- 診断 専門的な治療 内服薬の調整 その他

2 うつ症状のアセスメント

※該当項目にチェックを入れて下さい

実施日 令和 年 月 日

- ① 抑うつ気分・気力の減退
- ② 興味や喜びの喪失
- ③ 食欲の減退または増加
 減退 増加
- ④ 睡眠障害(不眠または睡眠過多)
 不眠 睡眠過多
- ⑤ 精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止)
 動きが遅くなった
 じっとしてられない
- ⑥ 疲れやすさ・慢性的な痛み
- ⑦ 強い罪責感(自分に価値がない、罪悪感)
- ⑧ 思考力や集中力の低下
 決断困難 思考力減退
 集中力減退
- ⑨ 自殺への思い
 死についての反復思考
 自殺念慮(自殺をしたいと思うこと)
 自殺念慮に具体的な計画が伴っている
 自殺念慮を実際に行動に移した(自殺企図)

*参考:厚生労働省地域におけるうつ対策検討会

うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために—、2004

3 生活状況(ストレスの状況)

仕事

家庭生活

- 仕事
- 過労
 離職(退職)
 異動・転勤
 職場の対人関係
 経営不振
 その他
- 家庭生活
- 借金
 死別
 別居・離婚
 家族関係の問題
 自分の病気
 家族の病気
 その他

4 現病歴

- 高血圧 糖尿病
 高脂血症 がん(病名:)
 脳血管疾患 (病名:)
 心疾患 (病名:)
 その他 (病名:)

5 処方内容

(処方内容は向精神薬のみ紹介先で調整。他薬は紹介元で継続投与します)

※処方箋コピー添付でも可

6 その他(経過等)

紹介基準例

- ①1種の抗うつ剤を最大用量使用しても効果のない場合 ②自殺念慮が強い場合 等
③精神病様症状(幻覚妄想)の存在が強く疑われる場合 ④不安、焦燥感(イライラ)が強い場合

診療情報提供料(1)250点+精神科医療連携加算200点=450点が算定可能です

(作成:印旛健康福祉センター 電話 043-483-1135)