

逆紹介用うつ病連携パス

(診療情報提供書)

紹介先医療機関

紹介元医療機関名

先生 侍史

作成日 令和 年 月 日

担当医

印

患者氏名

様

年齢

歳

生年月日 M T S H

年

月

日

貴院よりご紹介いただいた患者様ですが、症状が軽快されたため今後の継続加療を
お願いできましたら幸いです。

(いずれかに○)

残存症状	高度	中等度	軽度	なし
抑うつ気分				
意欲低下				
不安・焦燥				
不眠				
食欲低下				
希死念慮				
その他()				

その他 (治療経過等)

※今後のお願い(口にチェック)

- ① 再発防止のため下記処方内容を 約 月 投与し、徐々に減量・中止をして下さい。
- ② 処方薬を中止される場合は、紹介用うつ病連携パスにて再度ご紹介下さい。
- ③ その他 ()

処方内容 ※処方せんコピー添付でも可

貴院で経過中症状が増悪した場合、「紹介用うつ病連携パス」にて再度ご紹介下さい。
宜しくお願い申し上げます。