

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

病院（医院）

先生

医療機関名

所在地

医師氏名

電話番号

患者	氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
	住所				職業	

受診主訴・症状経過・検査結果・治療経過（投薬内容等）

症状（該当するものすべてに○をつけてください）

睡眠障害： 毎日 ・ 時々 ・ なし （入眠障害・中途覚醒・早朝覚醒・浅眠）

食欲低下： 毎日 ・ 時々 ・ なし

全身倦怠感： 毎日 ・ 時々 ・ なし

意欲低下： 毎日 ・ 時々 ・ なし

気分の落ち込み： 毎日 ・ 時々 ・ なし

その他 （ ）

日本版SDS （ ）点

生活状況（ストレスの状況）（分かれば記載してください。該当するものすべてに○をつけてください。）

1 仕事：過労・離職（退職）・異動・職場の対人関係・経営不振

2 家庭生活：借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気

3 その他：（ ）

その他（既往歴、家族歴等）