

## 診療情報提供書(紹介状)

大阪精神医療センター  
 児童思春期診療部 外来担当医 あて

医療機関名  
 所在地

電話  
 fax

医師名  
 印

患者氏名	(ID: _____ )	生年月日	平・令	年 月 日生	
		性 別	男・女	(満 歳 月)	
患者住所					
<b>【傷病名・主訴】</b>					
<b>【現在の困りごと（精神症状、情緒／行動の問題）の経過】</b>					
後に示す①～⑥の項目や、それ以外で必要と思われる情報。 ①家族構成、②発達歴・生育歴、③学校への参加状況、④入院の希望の有無 ⑤薬物療法の希望の有無、⑥その他、本人・家族の希望					
既往歴 ・ 家族歴					
検査結果		感染症情報			
		薬物アレルギー			
		食物アレルギー			
現在の処方					