

「光トポグラフィー検査」紹介状(診療情報提供書)

作成日 年 月 日

京都府立洛南病院

光トポグラフィー検査担当 宛

医療機関名

住 所

電話番号

医 師

印

下記の患者について、光トポグラフィー検査の実施をお願いします。

記

患者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日	(歳)
診 断 名	<input type="checkbox"/> 大うつ病性障害 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 気分変調性障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症			
	<input type="checkbox"/> パーソナリティ障害(詳細) <input type="checkbox"/> その他 ()			
主 症 状				
既 往 症	無 / 有 ⇒			
精神科家族歴	無 / 有 ⇒			
最 終 学 歴	中学・高校・専門学校・大学・大学院 (中退・卒業)		病前学校適応(良・不良)	
職 歴	会社員(年) アルバイト(年)		現在の職業() 病前職場適応(良・不良)	
現 病 歴	発症 昭和・平成 年			
	エピソード回数 計 回			
	→ 躁病(軽躁病)エピソード 回 うつ病エピソード 回			
	現在のエピソード うつ病エピソード / 躁病エピソード 平成 年 月~			
希死念慮 なし/あり 自殺企図歴 なし/あり →(詳細)				
現在の処方				