

光トポグラフィー、睡眠検査入院プログラム診療情報提供書

作成日 年 月 日

住所

〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1
 国立精神神経医療研究センター病院
 医事課宛

病院名

電話番号

医師

印

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"/> パーソナリティ障害(詳細) <input type="checkbox"/> その他()	
主訴		
既往歴	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 あり / なし 自殺企図歴 なし / あり → (詳細)	
現在の処方		