依頼連絡票

医療法人成精会　刈谷病院地域連携室行
FAX：0566-21-3536

＜　紹介元機関　＞

年　　月　　日

機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＜医師名　・　担当者名＞

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな **患者氏名**	（男・女）	歳
住所地	市	**保険種別** ☐健康保険　☐生活保護　☐その他：
精神科治療歴	有・無　　医療機関： **入院歴**（有・無） **※　当院受診歴**　　あり・なし	

＜依頼内容：　受診　　入院＞　　これまでの経緯および現在の状態・依頼目的など

（医療機関からのご依頼の場合、紹介状は別紙添付でもかまいません）

以下の行為がある場合は、チェックをお願いします。

☐大声　☐易怒的　☐暴力等　☐自殺・自傷の可能性（内容　　）

☐希死念慮　☐飲酒による問題行為　☐幻覚妄想状態　☐昏迷状態　☐躁状態　☐うつ状態

☐その他、緊急を要すると思われる行動、症状（　　）

入院意志 本人：有・無 家族：有・無（続柄：　　） **家族同行：有・無**（続柄：　　）	**身体疾患：有・無** 内容
ADL 等問題 ☐寝たきり　☐車いす　☐つたい歩き ☐おむつ　☐ポータブルトイレ ☐食事介助	検査：有・無 CT　MRI（部位：　　） その他（　　）