

## 紹介用うつ病連携パス(診療情報提供書)

※この様式は、かかりつけ医から一次紹介先医療機関(精神科診療所・病院)へ紹介する際にご使用ください。  
基幹病院(2次紹介先医療機関)については1次紹介先医療機関からのみの紹介として位置づけています。

紹介先医療機関

先生 侍史

作成日 令和 年 月 日

紹介元医療機関名

担当医

印

患者氏名	様	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	生年月日 年 月 日
------	---	---	------	------------

## 1 紹介目的

- 診断  専門的な治療  内服薬の調整  その他

## 2 うつ症状のアセスメント

※該当項目にチェックを入れて下さい

実施日 令和 年 月 日

- ①  抑うつ気分・気力の減退
- ②  興味や喜びの喪失
- ③  食欲の減退または増加  
 減退  増加
- ④  睡眠障害(不眠または睡眠過多)  
 不眠  睡眠過多
- ⑤  精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止)  
 動きが遅くなった  
 じっとしてられない
- ⑥  疲れやすさ・慢性的な痛み
- ⑦  強い罪責感(自分に価値がない、罪悪感)
- ⑧  思考力や集中力の低下  
 決断困難  思考力減退  
 集中力減退
- ⑨  自殺への思い  
 死についての反復思考  
 自殺念慮(自殺をしたいと思うこと)  
 自殺念慮に具体的な計画が伴っている  
 自殺念慮を実際に行動に移した(自殺企図)

\*参考:厚生労働省地域におけるうつ対策検討会

うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために—、2004

## 3 生活状況(ストレスの状況)

仕事

家庭生活

- 仕事
- 過労  
 離職(退職)  
 異動・転勤  
 職場の対人関係  
 経営不振  
 その他
- 家庭生活
- 借金  
 死別  
 別居・離婚  
 家族関係の問題  
 自分の病気  
 家族の病気  
 その他

## 4 現病歴

- 高血圧  糖尿病  
 高脂血症  がん(病名: )  
 脳血管疾患 (病名: )  
 心疾患 (病名: )  
 その他 (病名: )

## 5 処方内容

(処方内容は向精神薬のみ紹介先で調整。他薬は紹介元で継続投与します)

※処方箋コピー添付でも可

## 6 その他(経過等)

紹介基準例

- ①1種の抗うつ剤を最大用量使用しても効果のない場合 ②自殺念慮が強い場合 等  
③精神病様症状(幻覚妄想)の存在が強く疑われる場合 ④不安、焦燥感(イライラ)が強い場合

診療情報提供料(1)250点+精神科医療連携加算200点=450点が算定可能です

(作成:印旛健康福祉センター 電話 043-483-1135)