

年 月 日

診療情報提供書（患者紹介状）

医療法人社団 雄仁会 メディカルケア虎ノ門
〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-16-16
虎ノ門1丁目 MG ビル 4F

紹介医療機関名

所在地
電話番号
FAX

リワーク外来 新来担当医

医師名 _____ ⑩

患者	氏名		職業	
	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)		男 ・ 女

紹介目的	傷病名
<input type="checkbox"/> リワークプログラムへの参加 <input type="checkbox"/> その他 ()	

症状 及び 治療経過	既往歴 及び 家族歴
	<input type="checkbox"/> アレルギーの有無 有 () ・ 無
	現在の処方

所属企業名（所属部署名）	受診経路
職種	<input type="checkbox"/> 産業医など会社側からの指示 <input type="checkbox"/> 産業医、産業保健スタッフからの勧め <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族・知人などからの勧め <input type="checkbox"/> その他（ ）
休業回数、休業期間	学歴・職歴
今回の休業は（ ）回目： 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇 <input type="checkbox"/> 休職 1回目： 年 月 日～ 年 月 日 2回目： 年 月 日～ 年 月 日 3回目： 年 月 日～ 年 月 日 4回目： 年 月 日～ 年 月 日 5回目： 年 月 日～ 年 月 日	・最終学歴： <input type="checkbox"/> 高校（卒業・中退・その他： ） <input type="checkbox"/> 大学（卒業・中退・その他： ） <input type="checkbox"/> 大学院（卒業・中退・その他： ） ・職歴： <input type="checkbox"/> 転職歴あり <input type="checkbox"/> 転職歴なし（ 社目）
休職期限	障害認定
年 月 日 ・ 不明	<input type="checkbox"/> あり（ ）： 級） <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 検討中
病状について	
<input type="checkbox"/> 発達障害(ASD、ADD/ADHD)の傾向が（ ある ・ 多少ある ・ ない ） 上記に関連すると思われる症状やエピソードなど：	
<input type="checkbox"/> 双極性障害(Ⅱ型含)の可能性が（ ある ・ 多少ある ・ ない ） 上記に関連すると思われる症状やエピソードなど：	
集団でのプログラムを実施する上での留意点	
現在までに実施した検査・治療（検査日、検査名、検査結果・所見、TMS や ECT 等の治療歴）	
※詳細な検査結果や所見などの資料がある場合は、別紙で添付いただけますよう、お願いいたします。	