

診療情報提供書(心理師宛)

紹介先機関名 emolカウンセリング

患者様情報

患者氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
患者住所			
生年月日	年 月 日	年齢	歳

1. 主な診断名(可能であればICD-10コードもご記載お願いします)

2. 現在の主な症状

3. 現在の治療状況

3-1. 薬物療法の有無

☐ あり ☐ なし

3-2. 使用薬剤

(例:SSRI、抗不安薬など)

3-3. 症状の安定状況

3-4. 自殺リスク・注意事項等

(例:希死念慮あり/過去の自殺企図歴
/リスク低等)

4. 心理療法について(以下項目へチェックをお願いします)

4-1. ☐ オンラインにて公認心理師による認知行動療法支援を行うことに問題はありませ

4-2. 支援を希望する内容

☐ 不安・抑うつなどの症状への認知行動療法(CBT)
☐ 再発予防・生活改善支援
☐ その他()

4-3. その他特記事項

紹介元医療機関名:

担当医氏名(署名):

連絡先(TEL/FAX):