節酒外来用診療情報提供書

紹介先医療機関名

あきやま病院 アルコール外来　担当先生　御机下

令和　　　年　　　月　　　日

紹介元医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 担当医師氏名 | 印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別（男・女） |
| 患者住所 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 生年月日 |  | 職業 |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | ＃１．アルコール使用障害　疑い  ＃２．合併症（□肝障害　□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□その他　　　　） |
| 紹介目的 | アルコール使用障害の評価及び治療の依頼 |
| 患者の希望 | □断酒　□節酒　□現状維持　□家族相談 |
| 既往歴・家族歴  症状経過及び治療経過 | |
| ＜アルコール使用障害に関して＞ | |
| ・酒量　　ビールを1,000ml以上　　・日本酒を　２合以上　　・焼酎を　１合以上　飲酒する  ・仕事への支障（　あり・なし　）　・家族不和や家族の悩み（　あり・なし　）  ・同居人（　あり・なし　）　　　　・認知機能低下（　なし・軽度・中等度・重度　） | |
| ＜検査結果＞　　　　月　　　　日 | |
| ＡＳＴ：　　　　　　　ＡＬＴ：　　　　　　　γ―ＧＴＰ： | |
| 現在の処方 | |
| 備考 | |