

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（ <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 断酒 <input type="checkbox"/> 節酒 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 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 ・仕事への支障（あり・なし） ・同居人（あり・なし）		・日本酒を 2合以上 ・家族不和や家族の悩み（あり・なし） ・認知機能低下（なし・軽度・中等度・重度）	・焼酎を 1合以上 飲酒する	
<検査結果> 月 日		AST:	ALT:	γ -GTP:
現在の処方				
備考				