

通院 集団認知行動療法プログラム 紹介・診療情報提供書

年 月 日

東邦大学医療センター佐倉病院

メンタルヘルスクリニック

TEL 043 - 462 - 8811 (代表)

紹介元病院名

所在地

メンタルヘルスクリニック \_\_\_\_\_ 医師宛

TEL

担当医師名

<p>患者情報</p>	<p>患者氏名： _____ ( 男・女 )</p> <p>貴院 ID： _____</p> <p>生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳</p> <p>住 所： _____</p>
<p>紹介目的</p>	<p>本人の参加意欲の程度： 積極的・消極的</p>
<p>診 断 名</p>	
<p>現 病 歴 治 療 経 過</p>	
<p>留意事項 特記事項</p>	
<p>この紹介・情報提供書は、通院 集団認知行動療法プログラムへの紹介状であり、直接、当院への転院・転医を目的としたものではありません。</p>	