**通院　集団精神療法　WAT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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 担当医氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 患者情報 | 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　（男性　女性　その他　無回答）貴院ID：生年月日：　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳）住所： |
| 紹介目的 | 参加意欲の程度：積極的・消極的発達特性の受け入れ：否定的・受入れ可 |
| 診断名 |  |
| 現病歴治療経過 |  |
| 服薬内容 |  |
| 留意事項特記事項 |  |
| ＊この紹介・情報提供書は、通院集団療法WAT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。 |