

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

TEL

担当医氏名

メンタルヘルスクリニック

医師宛

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。