

自殺（うつ病）対策専門委員会

目 次

自殺（うつ病）対策専門委員会報告書

- I. 自殺の現状と自殺・うつ病対策における課題
- II. 広島県における取組
- III. 広島県地域保健対策協議会での検討

自殺（うつ病）対策専門委員会

（平成 22 年度）

自殺（うつ病）対策専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 自殺（うつ病）対策専門委員会

委員長 山脇 成人

解析担当者 岡本 泰昌・山本 哲郎

I. 自殺の現状と自殺・うつ病対策における課題

わが国の自殺者数は、平成 10（1998）年に一挙に 8,000 人余り増加して 3 万人を超え、その後も高い水準が続いており、この傾向は、広島県においても同様である（図 1）。また、広島県の地域別の状況では、全国的な傾向と同様、中山間地域における自殺死亡率が高い（図 2）。

ところで、うつ病は、自殺のトリガー要因としての危険性が高いことは、夙に指摘されること^{注1}、

自殺者数の動向や、うつ病患者数はこの 10 年で倍増するなど近年著しい増加などの状況を見れば^{注2}、また、うつ病により国民経済に少なからざる損失が発生している^{注3}ことを考えれば、自殺対策の観点から見たうつ病対策の緊要性は明らかである。

しかしながら、わが国においては、うつ病などの精神障害者の専門医療機関への受診率が低いこと（図 3）、世論調査では自分自身のうつ病について精神科を受診しようと思わない人が 3 割に上ること、うつ病患者が不眠をはじめとする身体的不調を主訴としてプライマリ・ケア医を受診することは多いが（図 4）、WHO（世界保健機関）の調査で日本にお

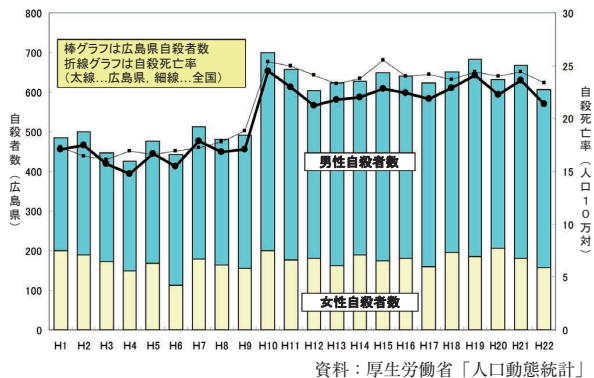


図 1 広島県の自殺者数等の推移

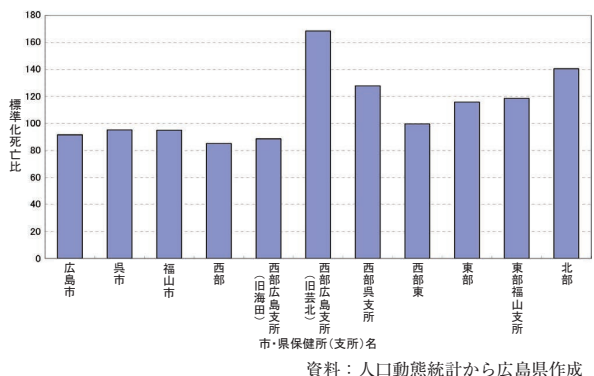
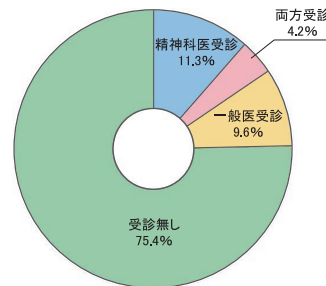
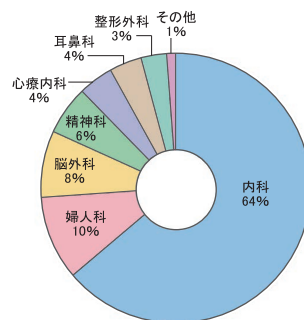


図 2 広島県の地域別自殺死亡率の状況



資料：心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 主任研究者 川上憲人（平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業）

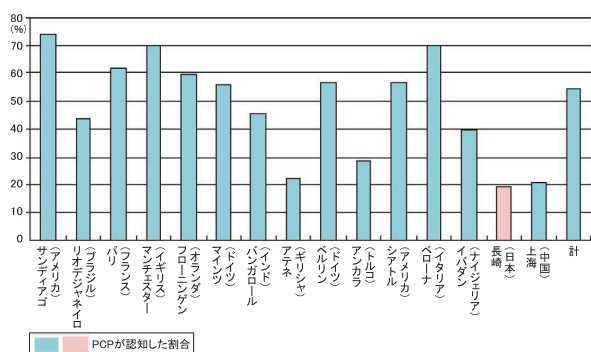
図 3 精神障害者の医療機関受診状況



資料：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態 三木 治（心身医学 42(9): 586, 2002）

図 4 抑うつ症状を呈する者の初診科

るプライマリ・ケア医のうつ病診断率は国際的に低位であるなど、多くのうつ病患者は適切な診断が下されていない可能性があると考えられる（図5）などの現状および問題点が指摘されている。



資料：平成19年版自殺対策白書（内閣府）

PCP：Primary Care Physician PCPが認知した割合とは、専門医がうつと確定診断を行った患者について、同じ患者をプライマリ・ケア医（PCP）が診察した場合に、うつ病と診断できた割合を意味する。

図5 WHO 国際共同研究によるうつのプライマリ・ケア医による診断率

II. 広島県における取組

広島県では、自殺の防止や、自殺者の親族等に対する支援など、総合的な自殺対策の一層の推進を図るため、「広島県自殺対策推進計画～いきる・ささえる広島プラン～」を、平成22（2010）年3月に策定した。

この計画においては、上記Iの現状を踏まえ、悩みを抱える人が適切な精神科医療を受けられるようにすることが重要であるという課題認識のもと、地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携などによる適切な精神科医療受診の推進や、かかりつけ医などによるうつ病などの診断治療技術の向上といった施策を進めていくこととされている。

III. 広島県地域保健対策協議会での検討

(1) 前提

前述のように、自殺予防の観点からは、地域のかかりつけ医において、うつ病患者を的確に発見するとともに、適切な精神科医療受診につなげていくことは、自殺・うつ対策の観点から重要な課題であり、広島県の施策でもそのように位置づけられているところである。また、厚生労働省も、平成22（2010）年5月の「自殺・うつ病など対策プロジェクトチーム報告」でこの点を重視する方針を明示し、同年度補

正予算で、医療連携の推進に向けた経費を措置した。

本委員会では、こうした外部環境の変化に先立ち、Iに述べた自殺の現状と課題、IIに述べた施策の方向性および前段のような課題意識を踏まえ、平成20（2008）年度に、うつ病患者が訪れる可能性の高い地域のかかりつけ医において、うつ病を的確に発見し、専門医療につなげるための基礎となる、医療従事者に向けたマニュアルの作成したことをはじめ、平成21（2009）年度からは、かかりつけ医と精神科医療の医療連携の仕組みづくりについて、特に、中山間地域の自殺死亡率が高いことや、中山間地域は、精神科医療機関が希少であり、都市部のような連携に困難があることを踏まえ、中山間地域の特性に適合した医療連携システムのあり方について、実際の医療連携の取り組みを行いつつある、都市部型モデルとしての広島市南区および精神科医療資源が地域に少ない中山間地域型モデルとしての府中地区（府中市・福山市）の実情を調査し、かかりつけ医の行ううつ病スクリーニングの手法や、かかりつけ医から精神科医療への紹介のトリガーポイントについての検討を行った。（各地区のプロトコルについては別紙資料1および2参照）

(2) 医療連携の現状

広島市南区での状況については、モデル事業の期間中の実績は1年間で20件であり、問題点として、①プロトコルとして、スクリーニングにおけるSDS運用を第一選択として予定しているが、SDSテストを実施しているのは半数程度であり、所定の紹介フォーマットについても、半数程度の運用であり（電話が多い）、手順が煩雑との印象があると推測されること、また、こうした現状を踏まえ、紹介件数の向上に向け、かかりつけ医と精神科医のフェーストゥフェースの関係形成のための交流会の実施や、診療報酬（精神科医療連携加算）の説明などを行っているとの報告があった。

府中地区医師会での状況については、21（2009）年度末の事業開始以降、22（2010）年度までの紹介件数は9件であり、課題として、広島市同様、指定するフォーマットの使用の煩雑さ（電話紹介がやはり多い）が障壁となっていること、かかりつけ医のうつ病検知のトリガーを不眠としているが、不眠は隠れているうつ病の掘り起しには有効ではあるが、不

眠を主訴としない人もあるため、かかりつけ医レベルでのうつ病検出には、限界があることが報告されると同時に、かかりつけ医に対する長期の初期的なうつ病の知識に関する浸透目的の継続的教育活動の実施およびその基盤に立った実践的な教育活動の付加が効果的であることが指摘された。

(3) 検討

以上の現状を踏まえ、本委員会では、次のような検討を行った。

ア 紹介における煩雑性の除去

医療連携の運用において、SDSなどのテストの実施や、プロトコルに従ったフォーマット作成が煩雑であるとの点については、そもそも慣習として電話での紹介などがなされる以上、形式的なフォーマットにとらわれる必要は少ないと考えられること、時間的に限界がある医師が、ダイアログなどにより最初から最後まで対応することは現実的ではなく、例えば自己記入方式のテストや、パラメディカルによる運用が可能なテストの運用の導入（そうした要素も考慮したマニュアルの見直し）を検討すべきであるとした。

イ 教育活動などのあり方

委員からは、かかりつけ医の関心の焦点の誘導が必要であり、意識変動を伴う教育が必要であることや、かかりつけ医が精神科へ紹介する際、精神科医の多忙さによる紹介予約確保の困

難性などからの、紹介に当たっての心理的障壁もあり、かつての緩和医療に対するような意識変動を伴う教育活動の必要性について指摘がなされた。その上で、教育活動において、顔の見える関係の構築を行う場として活用することを検討すべきであるとした。

また、上記のほか、かかりつけ医と精神科医の対一連携が上記のような問題を生起することを考慮し、かかりつけ医と精神科医の連携を仲介するコーディネータの設置も、将来的課題として指摘されたところである。

本委員会においては、引き続き平成23(2011)年度も、こうした検討成果を踏まえ、うつ病に関する医療連携のより実効性のあるあり方について検討を行っていきたいと考えている。

注

注1 政府の自殺対策の指針となる（自殺対策基本法8条参照）自殺総合対策大綱（平成19(2007)年6月8日閣議決定）も、この見解に依拠している。同大綱第1の2参照。

注2 「患者調査」（厚生労働省）による。

注3 厚生労働省の発表資料（平成22(2010)年9月7日）によれば、自殺やうつ病がなくなった場合の経済的便益の推計額は、単年で約2.7兆円、また2010年でのGDPの引き上げ効果は約1.7兆円としている。

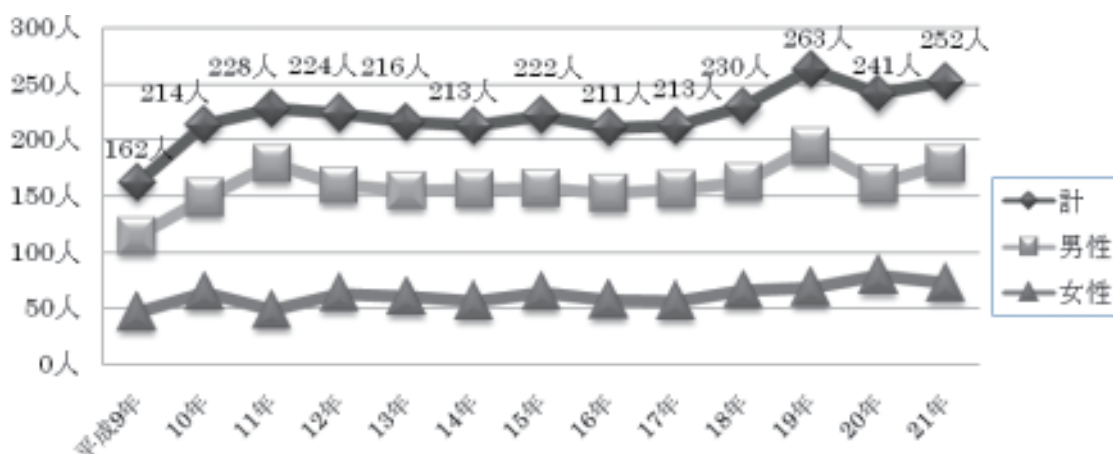
【別紙資料1】

背景

わが国の自殺者数は、平成10年(1998年)から毎年3万人を超えており、広島市の自殺者数も、図1のとおり平成10年(1998年)以降毎年200人を超える状況が続いています。

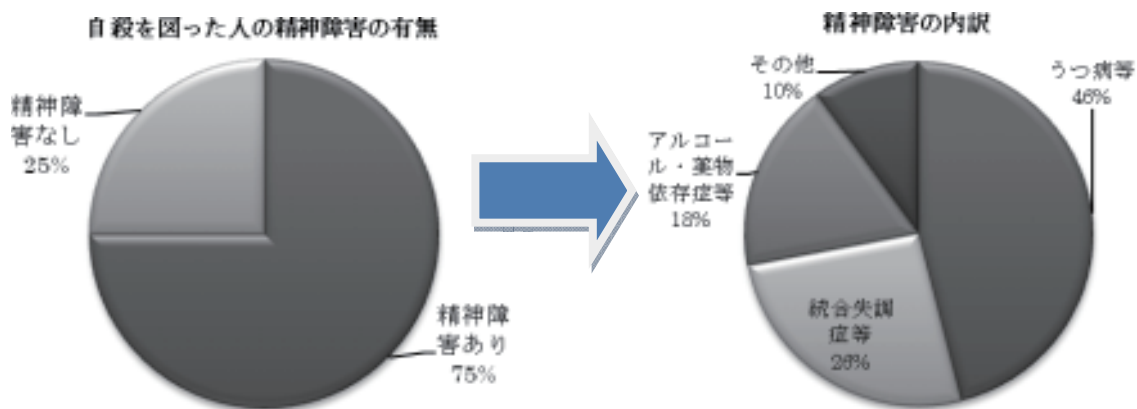
図1：広島市の自殺者数

出典 人口動態統計(厚生労働省)



自殺の原因は様々ですが、専門家の調査によりますと、図2のとおり自殺者の多くは自殺の直前に何らかの精神障害が認められることが明らかになっています。

図2：自殺を図った人の精神障害の有無とその内訳

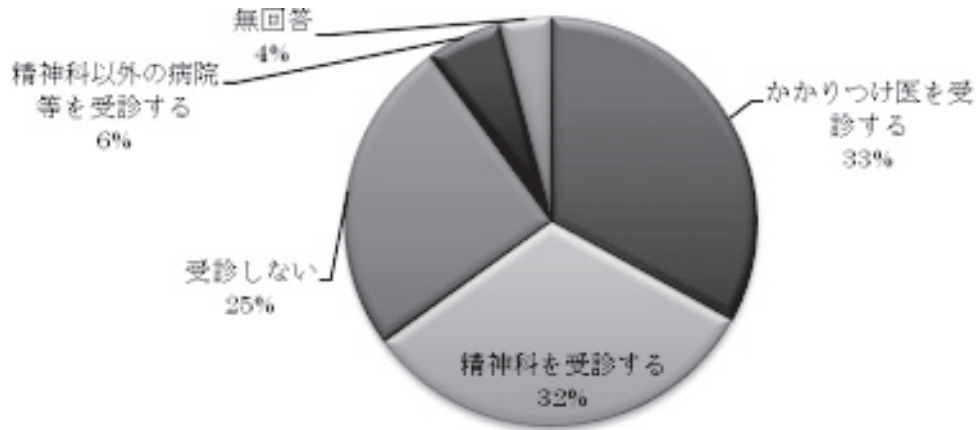


「自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—」
飛鳥井 望 (精神神経雑誌 96, 415-433, 1994)

しかしながら、平成19年（2007年）6月に行った「広島市こころの健康に関するアンケート調査」によると、図3のとおりうつ症状になった人が医療機関を受診する場合には、かかりつけの医師を受診するという人が最も多い結果となっています。

また、うつ症状を自覚していない人は、ほとんどの場合かかりつけの医師を受診すると考えられます。

図3：自分がうつ症状になった場合、病院を受診しますか。



このため、かかりつけの医師を受診する患者のうつ病等の早期発見・早期治療を図るため、治療方針の判断、精神科医への紹介方法、紹介する際の診療情報提供書の様式などを記載した手引きを作成することにしました。

1 目的

かかりつけの医師と精神科医の連携を強化し、うつ病等の精神疾患の患者の早期発見・早期治療につなげ、うつ病等の重症化による自殺を未然に防ぐことを目的とします。

2 対象

うつ病の疑いがある患者を対象とします。

3 治療方針の判断

次のような患者には、可能な範囲でスクリーニングを実施し治療方針を判断してください。

- ① 不眠が2週間以上継続している患者
又は
- ② 身体症状（倦怠感・頭痛・腰痛等）があり、かつ不眠（2週間未満）が続いている患者

(1) スクリーニングの実施

スクリーニングは、原則として「こころとからだの質問票」(PHQ-9) [※1]又は「日本版SDS」[※2、※3]を実施してください。

これらの用紙がない場合には、他のうつ病チェックシートを活用していただいても結構です。

スクリーニングを実施する際には、患者に「ストレスがたまっている可能性がありますので、その様子を確認してみましょう」など、スクリーニングの必要性を説明してください。

(2) スクリーニングの結果

「こころとからだの質問票」で各項目「全くない=0、数日=1、半分以上=2、ほとんど毎日=3」として計算し、合計10点以上の場合
又は

「日本版SDS」で50点以上の場合

【うつが中等度以上】

精神科医に紹介してください。

「こころとからだの質問票」で5－9点の場合
 又は
 「日本版SDS」で40－49点の場合
【うつが軽症】

睡眠の改善や不安のコントロールのために、アドバイスやベンゾジアゼピン系薬剤の処方を行ってください。
 また、軽症うつ病に対しては、運動療法が有効と言われています。
 45～60分の運動を1週間に3回まで、10～12週間行うことが効果的です。
 さらに、認知行動療法[※4]に関しては、ガイドブックやインターネットを利用した自助プログラム[※5]の利用を紹介することも有用です。

2週間程度経過観察しても、同じ程度のうつ症状が持続している場合

精神科医に紹介してください。
 又は
 必要に応じて抗うつ剤治療を開始してください。

抗うつ剤を使用する場合には、次の処方例を参考にしてください。

<抗うつ剤の処方> (例)

抗うつ薬	初期用量	最高用量
セルトラリン	25 mg 1錠 分1 夕食後	25 mg 4錠 分1 夕食後
ミルタザピン	15 mg 1錠 分1 眠前	15 mg 3錠 分1 眠前
パロキセチン	10 mg 1錠 分1 夕食後	20 mg 2錠 分1 夕食後
フルボキサミン	25 mg 2錠 分2 朝夕食後	50 mg 3錠 分2 朝夕食後
ミルナシプラン	25 mg 1～2錠 分2 朝夕食後	25 mg 4錠 分2 朝夕食後
デュロキセチン	20 mg 1錠 分1 朝食後	20 mg 3錠 分1 朝食後

(3) 「こころとからだの質問票」で、5－9点の場合又は「日本版SDS」で、40－49点の場合でも精神科医に紹介した方がよいと判断される場合、又は次のような場合には、精神科医に紹介してください。

- ① 診断に迷う
- ② 若年者
- ③ 脳の器質的障害が疑われる
- ④ うつ症状が重症
- ⑤ 入院が必要だと考えられる
- ⑥ 焦燥感が強い
- ⑦ 精神病像がある
- ⑧ 自殺の危険性が高い
- ⑨ 躁症状の既往がある
- ⑩ アルコール依存症が疑われる
- ⑪ パニック障害が疑われる
- ⑫ 第一選択の抗うつ剤薬で効果がない
- ⑬ 環境調整が困難
- ⑭ うつ症状が慢性化している

※1 「こころとからだの質問票」は、次のホームページから入手できます。

(<http://www.cocoro-h.jp/depression/checksheet/file/checksheet.pdf>)

※2 「日本版SDS」は株式会社千葉テストセンター（電話：03 - 3399 - 0194）で入手することができます。（50部7,350円）

※3 「日本版SDS」により、医師が自ら臨床心理・試験心理検査を行い診療録に分析結果を記載すると生体検査料（80点）を算定することができます。

※4 うつ病の認知療法・認知行動療法の治療者用マニュアルや患者さんのための資料は、厚生労働省のホームページの中の「心の健康」セクションに掲載されています。（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/>）

※5 うつ病のガイドブックやインターネットを利用した自助プログラム

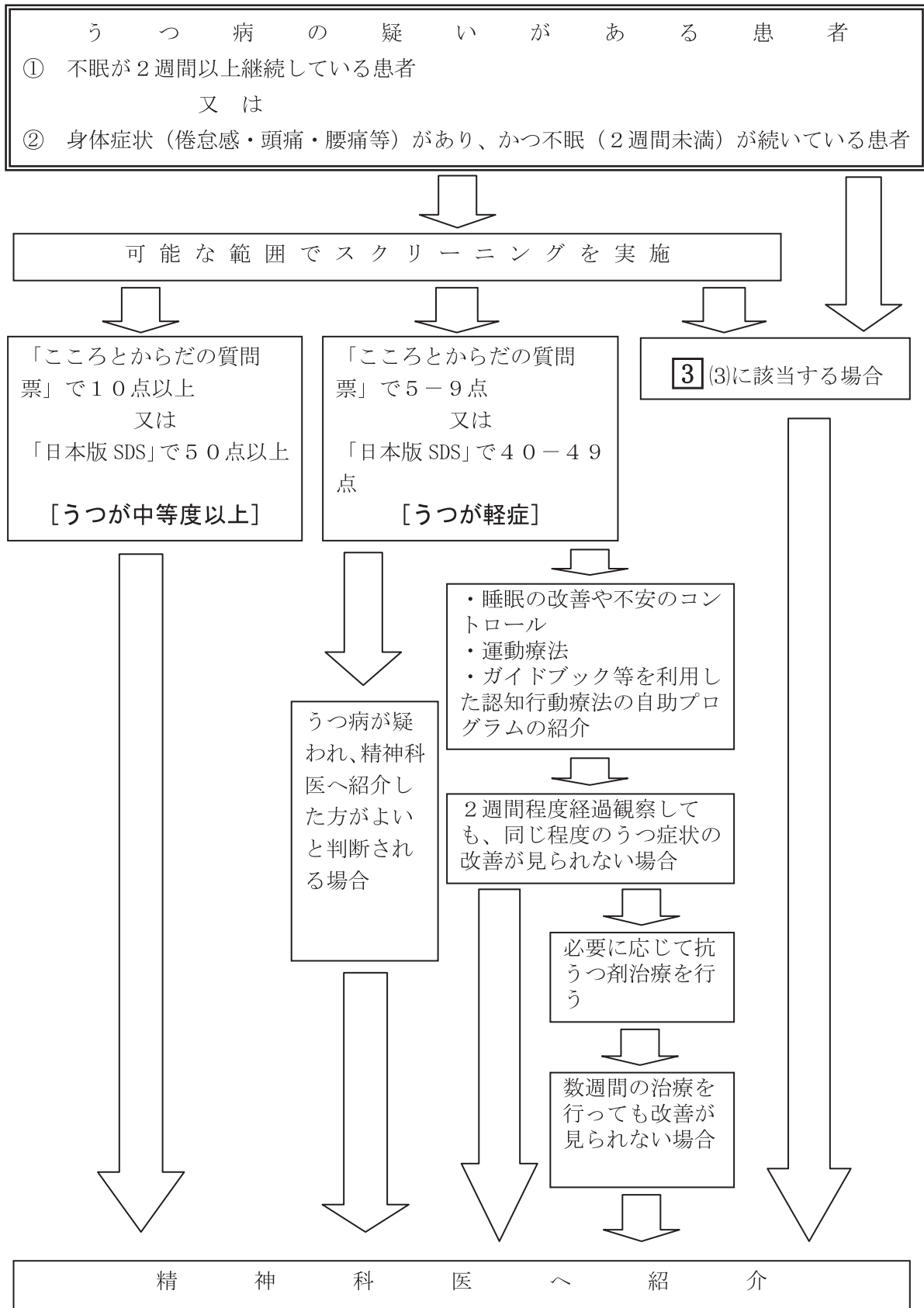
「こころが晴れるノートーうつと不安の認知療法自習帳」大野 裕／創元社

「うつ・不安に効く7つのステップ」大野 裕／大和書房

「うつ・不安ネット」(<http://www.cbt.jp.net/>)

「うつ・不安に効く.com（携帯サイト）」(<http://www.cbt.jp.com>)

■ スクリーニングから精神科医への紹介までの流れ



④ かかりつけの医師と精神科医の役割分担

- (1) かかりつけの医師は可能な範囲でスクリーニングを実施し、その結果に応じて速やかに精神科医に紹介してください。
なお、身体疾患がある場合には、かかりつけの医師が身体疾患の治療を行ってください。
- (2) 精神科医はかかりつけの医師から紹介された患者を診断し、治療を行うとともに、治療状況等にかかりつけの医師へ報告してください。

⑤ 患者への説明方法

患者に精神科受診をすすめる際には、以下の事項に配慮することによって、患者の気持ちを和らげるように努めてください。

- (1) 「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう。」など、精神科を受診する必要があること。
- (2) 心の病気は誰もがかかる可能性があり、治る病気であること。
- (3) うつ病は病気であるから、身体の病気同様薬での治療が有効であること。
- (4) 精神科を受診した後も身体疾患については引き続きかかりつけの医師で治療可能であり、うつ病の治療についても安定したらかかりつけの医師でも対応可能であること。

⑥ 家族への対応

患者が精神科への受診に抵抗がある場合には、⑤(1)～(4)の事項を参考にして、家族に受診の必要性を説明し、本人の同意を得た上で、受診するよう勧めてください。

⑦ 紹介の方法

かかりつけの医師が精神科医に患者を紹介する場合は、次のとおり行ってください。

- (1) かかりつけの医師は、電話で広島市内の精神科医に連携事業による紹介であることを連絡する。
- (2) 精神科医は、かかりつけの医師からの連絡により受診予約を入れる。

- (3) かかりつけの医師は、患者に精神科医療機関への受診予約日時を伝えるとともに「診療情報提供書」を手渡す。
- (4) 患者は、「診療情報提供書」を持って精神科医療機関を受診する。

※ 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者を紹介した場合、紹介する日から1か月以内の受診日を予約し、当該受診日を診療録に記載すれば、精神科医連携加算（200点）を算定することができます。

⑧ かかりつけの医師から精神科医への診療情報提供

- (1) かかりつけの医師は、可能な範囲で「様式1 診療情報提供書（P10）」の上半分を作成してください。
普段使用されている紹介状を活用していただいても結構です。

※ 「診療情報提供書」（WORD版又はPDF版）は広島市のホームページ（<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>）からダウンロードできます。

⑨ 精神科医からかかりつけの医師への診療情報提供

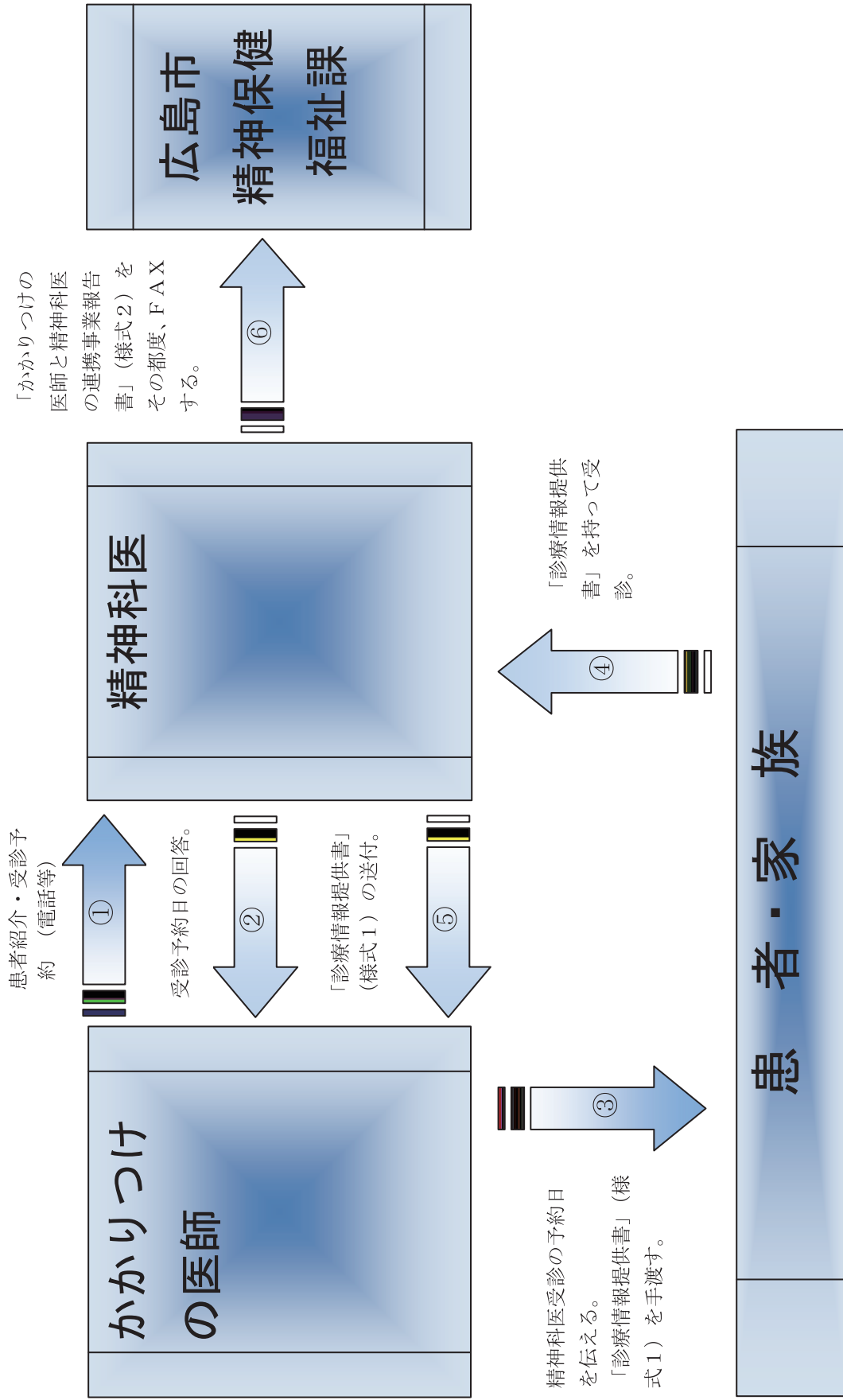
- (1) 精神科医は、初回診察終了後、診察の状況を、患者が持参した「様式1 診療情報提供書（P10）」をコピーし、その下半分（返信用）を作成し、かかりつけの医師に返信してください。
普段使用されている様式を活用していただいても結構です。
- (2) かかりつけの医師と精神科医の連携状況を把握するため、お手数ですが、精神科医は、かかりつけの医師から紹介のあったときはその都度、「様式2 かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書（P11）」により広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課へFAXにより報告してください。

※ 「かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書」（WORD版又はPDF版）は広島市のホームページ（<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>）からダウンロードできます。

⑩ 精神疾患に対するフォロー

- (1) 精神科医は、患者の病状が落ち着いたときには、その後のフォローについて、「紹介のあったかかりつけの医師で診て欲しい」のか「そのまま精神科医で診て欲しい」のかを患者本人や家族の希望を確認のうえ、対応してください。

■ かかりつけの医師から精神科医への紹介イメージ図



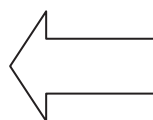
診療情報提供書

様式 1

広島市連合地区地域保健対策協議会
かかりつけの医師と精神科医の連携事業

平成 年 月 日

病院（医院）
先生



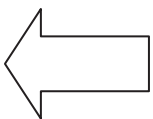
医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

かかりつけの医師記入欄	緊急性の有無 (該当する方に○をつけてください。)		有 ・ 無			
	氏名	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)		性別	男 ・ 女
	住所	職業				
	主な症状 (複数回答可)					
	<input type="checkbox"/> 興味・関心の喪失		<input type="checkbox"/> 抑うつ気分・落ち込み		<input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 疲労感	
	<input type="checkbox"/> 食欲異常		<input type="checkbox"/> 罪責感		<input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> イライラ・焦燥感	
	<input type="checkbox"/> 希死念慮		<input type="checkbox"/> その他 ()			
	病状・投薬内容					
	○ 病状			○ 投薬内容		
	● こころとからだの質問票 : () 点			※お薬手帳をお持ちの場合、それを持参させてください。		
● 日本版SDS : () 点			※お薬手帳をお持ちでない場合、内服中のお薬をお書きください。			
生活状況 (ストレスの状況) (分かれれば記載してください。該当するもの全てに○をつけてください。)						
1 仕事 : 過労 ・ 離職 (退職) ・ 転勤 (異動) ・ 職場の対人関係 ・ 経営不振						
2 家庭生活 : 借金苦 ・ 死別 ・ 別居 ・ 家族関係の問題 ・ 自分の病気 ・ 家族の病気 ・ 飲酒						
3 その他 : ()						
その他 (既往歴・家族歴等)						

診療情報提供書・返信用

平成 年 月 日

病院（医院）
先生



医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

精神科医師記入欄	診断名
	病状
	治療計画及び処方内容
	その他

この用紙のみ送信してください

FAX : 082-504-2256

かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書

平成 年 月 日

広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課 行

医療機関名

所在地

医師氏名

電話番号

紹介された日	紹介された 件数	紹介された 医療機関件数	備考
平成 年 月 日	件	件	

※ かかりつけの医師からの紹介を受けた場合、この報告書に記入して随時FAXでお知らせください。

※ 様式（WORD版又はPDF版）は、広島市のホームページ

（<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>）からダウンロードできます。

【別紙資料2】

1 目的

このシステムは、かかりつけ医と精神科医との連携を強化し、うつ病や希死念慮の患者を早期発見し、治療に役立てることを目的とする。

2 対象

このシステムは、概ね 50 歳以上のうつ病の疑いのある患者や希死念慮の患者を対象とする。

3 かかりつけ医並びに精神科医の役割

- (1) かかりつけ医は、身体的治療を継続する。
- (2) かかりつけ医は、状態像やスクリーニングからうつ病と診断した場合は、可能なかぎりうつ病の治療をする。
- (3) 希死念慮がある場合は、すみやかに紹介する。
- (4) かかりつけ医は、うつ病かどうか診断に迷った場合や 8 週間にわたってうつ病の治療をしても患者の状態像が変化しない場合は、精神科医へこのシステムを使って紹介する。
- (5) 精神科医は、うつ病の治療を行い、その経過をかかりつけ医に連絡する。

4 紹介時の患者への説明事項

患者に精神科受診をすすめる時には、以下のような事項を説明し、患者の気持ちを和らげるように努める。患者が精神科への受診に抵抗がある場合には、本人の同意を得た上で、家族に受診の必要性について説明する。

- (1) 「うつの疑いがあること」、「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう」など、精神科を受診する必要があること。
- (2) こころの病気は誰もがかかる可能性があること。
- (3) うつ病であれば、薬での治療が有効であること。
- (4) 身体的治療については、引き続きかかりつけ医で治療継続する。うつ病の治療についても安定したら、かかりつけ医でも対応可能であること。
- (5) 専門機関での診察を予約することを患者（及び家族）に伝え、確実な受診を促す（「受診した結果を教えてくださいね」と伝えると、より丁寧です）。

5 紹介方法

- (1) 府中市立湯が丘病院（0847-62-2238）
 - ① 診療情報提供書を FAX 送信（0847-62-8860）した上で、外来看護師に電話で受診予約をする。
※FAX 受付は、月～金曜日 9:00～16:00 の時間帯とする（祝祭土日は除く）

- ② 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。
(その他の場合でも、午前中の受診であれば対応可能)

(2) 光の丘病院 (084-976-1415)

- ① 連携モデル事業による紹介であることを医療福祉相談室へ電話した上で、診療情報提供書を FAX 送信 (084-976-0954) する。
※FAX 受付は、月～土曜日 9:00～16:30 の時間帯とする (祝祭日は除く)
- ② 相談室が FAX を受け取り、希望日について内部調整する。
- ③ 相談室より、紹介元医療機関へ予約の日時を 30 分程度内に伝える。
- ④ 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。

6 かかりつけ医から精神科医への診療情報提供書

- (1) 紹介時の状態像は、2 週間以上持続する睡眠障害を必須とし、食欲不振、全身倦怠感、意欲低下、気分の落ち込みなどの症候群とする。
- (2) 日本版 SDS が 50 点を越える場合は、うつ病が疑われる。
- (3) 診療情報提供書に、それまでに処方した抗うつ剤をはじめとする、使用薬剤名、用量、用法、処方期間などを書く。

7 精神科医からかかりつけ医への返信

- (1) 精神科医は、初回診察終了後、診断名、病状、治療計画並びに処方内容などをかかりつけ医に返信する。
- (2) 症状が落ち着き精神科での診療が終了に近づいたら、かかりつけ医に連絡する。

8 紹介状況のとりまとめ

- (1) かかりつけ医並びに精神科医は、診療情報提供書並びにその返信のコピーを府中地区医師会事務局へ郵送する。
- (2) 府中地区医師会事務局は、年間の紹介状況の取りまとめをする。

9 システムの稼働

平成 22 年 2 月 1 日から稼働する。

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

患者	氏名	様	男女	T・S・H 年 月 日 (歳)	職業	
	住所		電話			
受診主訴・経過及び治療状況		(検査結果等も記載してください。)				
病状		(該当するものすべてに○をつけてください。)				
		睡眠障害: 毎日・時々・なし (入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠)				
		食欲低下: 毎日・時々・なし 体重減少 () か月で () kg減				
		全身倦怠感: 毎日・時々・なし				
		意欲低下: 毎日・時々・なし				
		気分の落ち込み: 毎日・時々・なし				
		その他 ()				
生活病状 (ストレスの状況)		(わかれば記載してください。該当するものすべてに○をつけてください。)				
		仕事: 過労・離職 (退職)・異動・職場の対人関係・経営不振				
		家庭生活: 借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気				
使用薬剤名 用量・用法・期間						
その他						

診療希望日	入院希望
・第1希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第2希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第3希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 <input type="checkbox"/> いつでもかまわない	あり ・ なし ・ 不明 備考 []

「日本版SDS」を実施した場合、紹介先には結果のコピーを添付してください。
2枚目は紹介先に提供し、3枚目は府中地区医師会へ送付下さい。

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

受診主訴・ 経過及び 治療状況	(検査結果等も記載してください)
病 状	(該当するものすべてに○をつけてください) 睡眠障害: 毎日・時々・なし (入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・浅眠) 食欲低下: 毎日・時々・なし 体重減少()か月で()kg減 全身倦怠感: 毎日・時々・なし 意欲低下: 毎日・時々・なし 気分の落ち込み: 毎日・時々・なし その他()
生活病状 (ストレス の状況)	(わかれば記載してください。該当するものすべてに○をつけてください) 仕事: 過労・離職(退職)・異動・職場の対人関係・経営不振 家庭生活: 借金苦・死別・別居・家族関係の問題・自分の病気・家族の病気
使用薬剤名 用量・用法・期間	
そ の 他	

診療希望日	入院希望
・第1希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第2希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 ・第3希望 月 日 () 9:30 ・ 13:30 <input type="checkbox"/> いつでもかまわない	あり ・ なし ・ 不明 備考 []

「日本版SDS」を実施した場合、紹介先には結果のコピーを添付してください。
 2枚目は紹介先に提供し、3枚目は府中地区医師会へ送付下さい。

情報提供書返信書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先生

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

患者	氏名	様	男女	T・S・H	職業	
	住所			年 月 日 (歳)		
				電話		
	診断名					
	病状					
	治療計画 及び 処方内容					

この返信用紙は、初診終了後、紹介元の医師（2枚目）及び府中地区医師会（3枚目）に送付してください。

情報提供書返信書

平成 年 月 日

病院 (医院)

先 生

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

診 断 名	
病 状	
治療計画 及び 処方内容	

この返信用紙は、初診終了後、紹介元の医師（2枚目）及び府中地区医師会（3枚目）に送付してください。

広島県地域保健対策協議会 自殺（うつ病）対策専門委員会

委員長 山脇 成人 広島大学大学院医歯薬総合研究科
委員 井之川廣江 広島県医師会
岡村 仁 広島大学大学院保健学研究科
岡本 泰昌 広島大学大学院医歯薬総合研究科
岸本 益実 広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
吉川 正哉 広島県医師会
合田 生広 広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課
谷山 純子 広島市精神保健福祉センター
長 健 府中地区医師会
坪田 信孝 広島産業保健推進センター
中津 完 広島県立総合精神保健福祉センター
堀江 正憲 広島県医師会
檜谷 義美 広島県医師会
馬屋原 健 医療法人社団緑誠会 光の丘病院
萬谷 昭夫 厚生連吉田総合病院