**アルコール使用障害患者用診療情報提供書**

紹介先医療機関名

医療法人青仁会　青南病院

アルコール外来　御担当先生　御侍史

患者氏名：

患者住所：

電話番号：

生年月日：S・H　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）　 職業：

傷病名：#1.アルコール使用障害　疑い

#2.合併症（□肝障害　□高血圧　□糖尿病　□脂質異常　□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：（□断酒　□減酒　□現状維持　□家族相談）

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名：　　　　　　　　　　　印

検査結果（　　　年　　　月　　　日）AST:　　　　、ALT:　　　　、γ-GTP:

現在の処方

備考

〈アルコール使用障害に関して〉

酒量　　□ビールを1000ml以上　 □日本酒を2合以上
　　　　□焼酎を1合以上　 □その他（　　　　　　　）

・仕事への支障（ あり / なし ） ・家庭内不和や家族の悩み（ あり / なし ）

・同居人（ あり / なし ） ・認知機能低下（ なし /軽度　中等度　重度 / 不明 ）

既往歴・家族歴

病状経過及び治療経過