

節酒専門外来用診療情報提供書

紹介先医療機関名

宮崎若久病院 節酒専門外来 担当先生 御机下

令和 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

名称

担当医師氏名

患者氏名	性別（男・女）
患者住所	
電話番号	
生年月日	職業

傷病名	# 1. アルコール使用障害 疑い # 2. 合併症（ <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 断酒 <input type="checkbox"/> 節酒 <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 家族相談
既往歴・家族歴	
症状経過及び治療経過	
<アルコール使用障害に関して>	
・酒量 ビールを1,000ml以上 ・日本酒を2合以上 ・焼酎を2合以上 飲酒する ・不明 ・仕事への支障（あり・なし・不明） ・家族不和や家族の悩み（あり・なし・不明） ・認知機能低下（あり・なし・不明）	
<検査結果>	月 日
A S T :	A L T : γ -G T P : その他 :
現在の処方	
備考	