

光トポグラフィー検査依頼票

西暦 年 月 日

医療法人社団 惟心会
 りんかい月島クリニック
 光トポグラフィー検査担当宛

紹介元医療機関名	
所在地	
電話番号	
Fax 番号	
主治医	印

主治医の先生へ

- ・ 当院での光トポグラフィー検査の対象者は、F2、F3 のいずれかの疾患の患者であることが強く疑われるうつ症状の者（器質的疾患に起因するうつ症状の者を除く）に限らせていただいております。
- ・ 検査結果は、当院の医師からご本人へ簡単に説明させていただきますが、検査結果のレポートは主治医の先生へ1週間程度でご郵送します。検査結果は鑑別診断補助にお役立てください。

[患者氏名・貴院カルテ番号]

貴院カルテ番号

様 ()

[生年月日]

年 月 日 (歳)

[性別]

男 女

[診断名]

ICD-10

()

[症状と治療経過の概略をご記載ください]

[現在の処方内容]

処方のコピーを裏面に貼付していただいても結構です。

【発症時期】	年 月 頃
【エピソード回数】	計 回
・ うつ病エピソード	回
・ 躁病（軽躁病）エピソード	回
【その他】	

