様式４

【報告先】

大阪府健康医療部保健医療室地域保健課まで

ファックス：０６-４７９２-１７２２

夜間・休日　精神科合併症支援システム　事例報告書

転院できなかった事例や、電話コンサル対応の問題事例等について、その内容を具体に記載いただき、上記までご報告ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　　時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　　　　時　　　分頃 |
| 精神科病院　名称 |  |
| 精神科病院　医師 |  |
| 事 例 の 種 別 | □電話コンサルテーション　　　□転院  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事 例 の 内 容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 一般救急病院　名称 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 担当者名（職種） | （　　　　　　） |