

【大阪府地域保健課 精神保健グループあて】

回答期限 令和4年10月14日(金)

救急告示医療機関 「夜間・休日精神科合併症支援システム」に関するアンケート (身体科医療機関用)

【回答期限 令和4年10月14日(金)】

病院名:	
医療圏:	豊能・三島・北河内・中河内・南河内・泉州・大阪市・堺市
回答担当者名: (担当部署)	()
連絡先電話番号:	
E-mail アドレス:	

1. 「夜間・休日精神科合併症支援システム」をご存じですか。【全医療機関対象】

(参考) <https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/gappeisyokyuu/kyuu/index.html>

	(①知っている・②知らない) ①⇒ 2へ ②⇒ 3へ
--	----------------------------

2. 今年度システムを利用されましたか。(把握できる範囲でご回答ください。)

	(①利用した・②今年度利用していないが、過去利用したことがある・③以前から利用したことはない) ①⇒ 5へ ②③⇒ 3へ
--	---

3. 精神科合併症がある患者の対応をすることがありますか。

	(①ある・②ない) ①⇒ 4へ ②⇒ 5へ
--	-----------------------

4. 対象となる患者の精神科医療に関する対応方法としてあてはまるものに○を付けてください。

「その他」のご対応がありましたらご記載ください。

	自院の精神科等で対応している。
	日頃から連携している精神科病院に相談・転院依頼をしている。
	身体疾患の治療のみ対応している。
	その他
	内容:

5. 日頃から連携している精神科病院はありますか。【全医療機関対象】

	(①ある・②ない)
連携している精神科病院:	

6. 今後、対象となる患者がいれば、システムを利用したいと思いますか。

また、システムにどのようなことを求めますか。【全医療機関対象】

	(①利用したいと思う・②利用したいと思わない)
システムに求めること:	

～アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。～

回答先

メール: chiikihoken-g02@inbox.pref.osaka.lg.jp

FAX: 06-4792-1722

(大阪府健康医療部保健医療室 地域保健課 精神保健グループ)