

# FAX送信票

一般救急病院→合併症支援病院（精神科病院）

平成 年 月 日

様

（合併症支援病院（精神科病院）名）

## 夜間・休日 精神科合併症支援システム利用（受診）依頼書

本日、当院を受診した患者様について、夜間・休日 精神科合併症支援システムを利用して受診させたいので依頼します。

また、身体症状の急変等によって貴院にて対応ができない場合には、再度の受入れ（戻し）に応じます。

なお、担当医が不在の場合においても、再度の受入れ（戻し）については本院の責任において対応します。

## 送付資料

- |  |        |
|--|--------|
| 1 本紙（夜間・休日 精神科合併症支援システム利用(受診)依頼書）        | 様式1    |
| 2 身体治療状況等確認シート                           | 様式2    |
| 3 精神科病院へ転院することへの同意書<br>（家族または本人の署名のあるもの） | 様式3    |
| 4 診療情報提供書                                | 様式定め無し |

送付元

一般救急病院名

医師氏名

連絡先電話番号