


夜間・休日 精神科合併症支援実施事例報告書

入院した事例については、**1週間後の状況**について、大精協へFAX送信してください。
 (大阪精神科病院協会 FAX: 072-251-6488)

受付番号 合

様式5-1の番号とあわせること

1:合併症支援病院(精神科)医療機関名

26: 転帰 (1週間後)	<input type="checkbox"/> 精神科入院継続中 (入院形態 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 退院  退院内訳 (<input type="checkbox"/> もとの病院への戻し <input type="checkbox"/> 他病院への転院あり (転院先病院名) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自己都合退院 【対応の概要 退院時は退院内訳 】
27: その他特記事項 (システムの改善にかか ることを含む)	
28: 報告日	年 月 日
29: 報告者氏名	