

FAX宛先 大阪精神科病院協会事務局
072-251-6488

夜間・休日 精神科合併症支援病院実施報告書

病院名 _____

輪番日 平成 年 月 日 時間帯 17時~9時 9時~17時

システムの利用件数： 件

/ 枚目

番号	救急病院名	所在地	患者性別	年齢	【救急病院等】 転院受入依頼	【精神科病院】 転院受入の可否	受入時の 受診等内訳	身体科 サポート医 活用	詳細報告
1		市・町	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	様式5-1
2		市・町	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	様式5-1
3		市・町	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	様式5-1
4		市・町	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	様式5-1
5		市・町	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	様式5-1