

かかりつけ医 - 精神科医連携報告書 (FAX送信票)

かかりつけ医と専門医のうつ病ネットワークによって、精神科医療機関へ紹介された件数を把握することを目的としています。うつ病やうつ病疑い(うつ病以外の病名で紹介されたがうつ病と診断された、または疑われた症例を含む)で紹介を受けた医療機関は、下記に記入しご報告下さい。

長崎県医師会宛 (FAX: 095-844-1110、TEL: 095-844-1111)

平成 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

院長名 _____

平成 年 月分

	紹介元医療機関名	年齢	性別	診断名	受診の有無
1		才	男・女		受診・未受診
2		才	男・女		受診・未受診
3		才	男・女		受診・未受診
4		才	男・女		受診・未受診
5		才	男・女		受診・未受診
6		才	男・女		受診・未受診
7		才	男・女		受診・未受診
8		才	男・女		受診・未受診
9		才	男・女		受診・未受診
10		才	男・女		受診・未受診

- ・ 1箇月分を集計し、翌月中旬までにFAXで報告してください。
- ・ 本ネットワークで定められた診療情報提供書ではなく、通常の診療情報提供書を用いて紹介された症例も含みます。
- ・ 予約を受けて、受診がなかった場合、未受診に を付けてください。