

精神疾患(うつ病)医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

精神疾患(うつ病)医療連携を担う医療機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能(辞退する機能区分に「×」印をつけてください)

	機能区分	機能・目標
	日常的な診療を行う かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none">・うつ病の予防(メンタルヘルス)・うつ病の可能性について判断できる。・うつ病症状が出ている患者を専門医に紹介できる。
	鑑別診断ができ、治療 から回復まで対応できる	<ul style="list-style-type: none">・うつ等の状態に応じて、外来医療や入院医療を提供できる。・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患との鑑別診断ができる。・退院に向けて病状の安定を図るとともに退院支援を行う。
	回復から社会復帰まで 対応できる	<ul style="list-style-type: none">・再発を予防して地域生活を維持できる。・社会復帰(復職等)に向けた支援、外来医療や訪問診療等を提供できる。・急変時に対応できる。

2 辞退理由

()