

精神疾患に係る医療機能調査票

- ・貴医療機関において、次の①～⑩の精神疾患の医療機能について、機能を有する（該当する）項目に全て○印をご記入下さい。
- ・各項目の機能（目標・求められる事項）については、別添の機能表でご確認ください。
- ・機能を有しない場合には“該当なし”に○印をご記入ください。
- ・2月9日（金）までに所属郡市医師会へご提出ください。
- ・全ての項目に該当がない場合でも、必ずご提出ください。

郡市医師会

医師会

貴医療機関名

※医療機能リストへ掲載する名称をご記入下さい。

① 統合失調症

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

⑥ 依存症

（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症）

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

② うつ病・躁うつ病

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

⑦ PTSD（外傷後ストレス障害）

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

③ 認知症

該当なし	地域医療（精神科・神経内科・脳外科等）提供機能	地域連携拠点機能（認知症疾患医療センター等）	県連携拠点

⑧ 高次脳機能障害

該当なし	地域医療提供機能	地域連携拠点機能（認知症疾患医療センター等）	県連携拠点

④ 児童思春期精神疾患

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

⑨ 摂食障害

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

⑤ 発達障害

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

⑩ てんかん

該当なし	地域てんかん医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点

記入例

精神疾患に係る医療機能調査票

- ・ 貴医療機関において、次の①～⑩の精神疾患の医療機能について、機能を有する（該当する）項目に全て○印をご記入下さい。
- ・ 各項目の機能（目標・求められる事項）については、別添の機能表でご確認ください。
- ・ 機能を有しない場合には”該当なし”に○印をご記入ください。
- ・ 2月9日（金）までに所属都市医師会へご提出ください。
- ・ 全ての項目に該当がない場合でも、必ずご提出ください。

郡市医師会

山口市	医師会
------------	-----

貴医療機関名
※医療機能リストへ掲載する名称をご記入下さい。

(医) 医師会クリニック

① 統合失調症

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		

⑥ 依存症
(アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症)

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		

② うつ病・躁うつ病

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○	○	

⑦ PTSD (外傷後ストレス障害)

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		

③ 認知症

該当なし	地域医療（精神科・神経内科・脳外科等）提供機能	地域連携拠点機能（認知症疾患医療センター等）	県連携拠点
	○		

⑧ 高次脳機能障害

該当なし	地域医療提供機能	地域連携拠点機能（認知症疾患医療センター等）	県連携拠点
	○		

④ 児童思春期精神疾患

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		

⑨ 摂食障害

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		

⑤ 発達障害

該当なし	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		

⑩ てんかん

該当なし	地域てんかん医療提供機能	地域連携拠点機能	県連携拠点
	○		