**広島県アルコール健康障害サポート医等業務実施要領**

１　趣旨

　　この要領は，広島県アルコール健康障害サポート医等設置要綱第５条の規定に基づき，広島県アルコール健康障害サポート医及び広島県アルコール健康障害サポート医（専門）（以下「サポート医等」という。）が実施する業務に関し，必要な事項を定めるものとする。

２　対象

　　サポート医等の業務は，県内においてアルコール健康障害を有する者又はその疑いがある者を対象とする。

３　紹介の流れ

　　サポート医等への紹介及びサポート医等からの紹介は，原則として次の手順とする（別紙連携フロー図参照）。

（１）紹介元は，紹介先に電話等によって患者紹介及び受診予約をする。

（２）紹介先は，紹介元に受診予約日を回答する。

（３）紹介元は，患者に紹介先の受診日を伝えるとともに，「診療情報提供書」（様式１の上半分を記入）を手交する。（「様式１」以外の様式でも可）

（４）患者は「診療情報提供書」を持って，紹介先の医療機関を受診する。

（５）紹介先は初回診察終了後，「診療情報提供書・返信用」（様式１の下半分を記入）により，紹介元に診察の状況を返信する。（「様式１」以外の様式でも可）

４　紹介状況の報告

　　当該業務の有効性を検証するために，３による紹介を実施した場合は次のとおり報告する。

（１）紹介した場合，紹介元は「紹介・受診受付報告書」（様式２）の「業務報告日」及びその日の「患者紹介の件数」を記入し，その都度，広島県健康福祉局疾病対策課にＦＡＸする。

（２）３の紹介によって患者が実際に受診した場合は，紹介先は初回受診時に「紹介・受診受付報告書」（様式２）の「業務報告日」及びその日の「受診された件数（紹介によるもの）」を記入し，その都度，広島県健康福祉局疾病対策課にＦＡＸする。

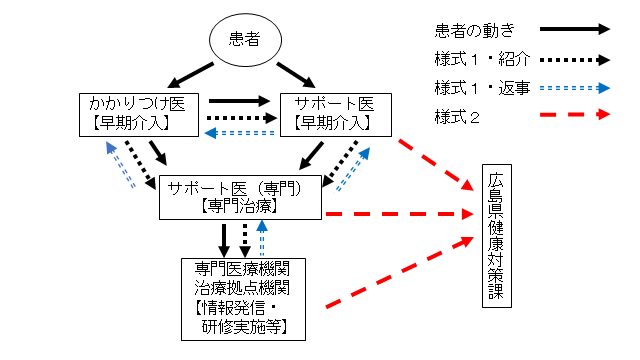
　　附　則

　この要領は，平成30年１月24日から施行する。

　　附　則

　この要領は，令和３年４月１日から施行する。

**（別紙）連携フロー図**



広島県疾病対策課

**○診療情報提供書（アルコール健康障害）**令和　　年　　月　　日

様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　病院（医院）　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　医師氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医  等記入欄 | 患者氏名 |  | 職業 |  | | | | |
| 患者住所 |  | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 　 　年　　月　　日（　 歳） | | | TEL |  | | |
| 傷病名 | | | | | | | |
| 紹介目的 | | | | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | | | |
| 病状  （AUDIT　　　点） | | | | | | | |
| 治療経過・現在の処方 | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

**●診療情報提供書・返信用**令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　病院（医院）　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 精神科医等記入欄 | 診断名 |
| 病状 |
| 治療計画及び処方内容 |
| その他 |

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

　　　２．必要がある場合は画像診断のフィルム，検査の記録を添付すること。

３．紹介先が保険医療機関以外である場合は，紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局，市町，保健所名等を記入すること。かつ，患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

様式２

この用紙のみ送信してください

ＦＡＸ：０８２－２２８－５２５６

**紹介・受診受付報告書**

広島県健康福祉局疾病対策課精神保健グループ　行

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 業務報告日 | 患者紹介の件数 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | 件 |
| 受診された件数（紹介によるもの） |
| 件 |
| 備考欄 | |