mECT施行チェックリスト

* 下記の両項目に当てはまる患者様がおられましたら、紹介状にこちらの症状照会を添えて、**当院地域連携課（TEL : 072-366-0257, FAX : 072-365-7161）**までご連絡をお願いいたします。

☐ うつ病（双極性うつ病を含む）でmECTによる治療が必要である。

☐ 患者本人および家族がmECT施行に同意している。

【ECT施行歴】　　有　　・　　無　　（有りの場合、以下に具体的にご記入ください。）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

【向精神薬の処方歴】



【現在の処方】

* 確認事項（以下の事項について、ご確認をよろしくお願いいたします。）

　☐　転院後に行った検査・診察の結果、mECTが施行されない可能性があります。

　☐　mECTを実施した場合でも無効なケースがあります。

　☐　mECT終了後は、原則として紹介元の医療機関に再紹介をお願いしております。

　☐　個室の必要性：　有　・　無　　（当院には保護室（隔離室）はありません。）

**連絡先**

**近畿大学病院　 TEL：072-366-0257**

**地域連携課 FAX：072-365-7161**

ご不明な点がございましたら、近畿大学医学部精神神経科学教室（安達融）までお問合せください。

[問い合わせ先] 近畿大学医学部精神神経科学教室

Tel：072-366-0221(内線3285)　　　 e-mail：seisin@med.kindai.ac.jp