

※申込み書類一式に添えてお送りください。(FAX後申込み書原本に添えて郵送)

地域医療連携連絡票

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター

御中

転院申込みに係る連絡票

紹介元医療機関記載欄

紹介元医療機関名

連絡日

連絡者所属

連絡者名

患者氏名

性別 男 女

生年 明治 大正
月日 昭和 平成

年 月 日

病棟へ転院を申込み致します。(口にチェック)

- 回復期リハビリテーション病棟
- 一般病棟 地域包括ケア病棟
- 障害者施設等入院基本料算定病棟
- 医療療養病棟(在宅復帰機能強化病棟)
- 医療療養病棟
- 介護療養病棟
- 指定療養介護事業所

地域医療連携パス・退院支援加算1について (口にチェック)

- 脳卒中連携パス適用予定です。
- 大腿骨連携パス適用予定です。
- 連携パス適用はありません。
- 退院支援加算1算定予定です。

備考

※以下は転院先病院で記入し、原則入院後3日以内にFAXにて返信します。

患者受入病棟報告書

ご紹介いただきました患者様は、下記のとおり入院になりました。

〔入院日〕 年 月 日 担当科 科 医師名

入院病棟

- 回復期リハビリテーション病棟
- 一般病棟 経由し回復期病棟または地域包括ケア病棟
理由 検査・治療 状態観察 薬剤の調整
 その他
- 一般病棟 地域包括ケア病棟
- 障害者施設等入院基本料算定病棟
- 医療療養病棟 (在宅復帰機能強化病棟)
- 医療療養病棟
- 介護療養病棟
- 指定療養介護事業所

地域医療連携パスについて

- 脳卒中連携パスを適用します。 大腿骨連携パスを適用します。
- 地域連携パスを適用しません。

備考

連絡日 201 年 月 日

連絡者所属

連絡者名