

※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
- 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

※以下は鹿教湯三才山リハセンターで記入後返信します。

## 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター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 (  鹿教湯病院  三才山病院 )
- 一般病棟 経由し回復期病棟 (鹿教湯病院)
- 理由  検査・治療  状態観察  薬剤の調整
- その他
- 一般病棟(鹿教湯病院)
- 障害者施設等入院基本料算定病棟 (鹿教湯病院一般病棟)
- 医療療養病棟 (在宅復帰機能強化病棟)  鹿教湯病院  三才山病院
- 医療療養病棟  鹿教湯病院  三才山病院
- 介護療養病棟 (三才山病院)
- 指定療養介護事業所 (三才山病院)

### 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

- 鹿教湯病院地域医療連携課
- 三才山病院地域医療連携課

連絡者名