

# 患者紹介FAX連絡票(介護施設等用)

平成 年 月 日

医療法人佐藤病院 地域連携窓口 行

FAX 0184-22-7170

電話 0184-22-6555(代表)

※FAXの受付時間は、月曜日～金曜日  
(祝祭日を除く)8:30～16:00までとなり  
ますのでよろしくお願いいたします。

事業所名	
担当者	職名
	氏名
電話	( )
FAX	( )

下記のとおり患者を紹介しますのでよろしくお願いいたします。

患者氏名・年齢	患者氏名	年齢	歳
現入院(所)場所			
主病名 主な合併症	( )		
紹介目的 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> リハビリ(短期 or 長期)		
	<input type="checkbox"/> 障害者病棟入院希望		
	<input type="checkbox"/> その他( )		
「障害者病棟入院希望」の場合の確認事項 (該当にチェック) ※いずれかに該当すれば障害者病棟入院対象となります。	<input type="checkbox"/> 重度の肢体不自由者(肢体不自由者1級か2級に相当)(ただし、脳卒中後遺症・認知症を除く)		
	<input type="checkbox"/> 脊髄損傷等の重度障害者(ただし、脳卒中後遺症・認知症を除く)		
	<input type="checkbox"/> 重度の意識障害者 以下のいずれか1項目を満たす者 ・意識レベルがJCSでⅡ-3(又は30)以上の状態が2週間以上持続 ・意識レベルがGCSで8点以下の状態が2週間以上持続 ・無動症の患者(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)		
その他の患者情報	<input type="checkbox"/> 以下のいずれかの疾患に罹患している患者 筋ジストロフィー・多発性硬化症・重症筋無力症・スモン・筋萎縮性硬化症(ALS)・脊髄小脳変性症・パーキンソン病(ホーエン・ヤール重症度分類ステージ3以上かつ生活機能障害度Ⅱ度又はⅢ度の者に限る)・多系統萎縮症 等		
希望医師の有無 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医師名: )		
診療情報提供書(紹介状)の送付	※診療情報提供書(紹介状)は、当連絡票とともにご送付願います。		

※ ご不明な点等がございましたら、地域連携窓口(電話0184-22-6555 医事課)まで御連絡願います。

※ 調整後、当院担当看護師から貴事業所担当者へ御連絡いたします(連絡までに数日かかる場合があります)。