# 患者紹介FAX連絡票（障害者病棟対象者用）

年　　月　　日

**医療法人佐藤病院　　地域医療連携室　行**

FAX　　0184－74－5690（直通）
電話　　0184－22－6555（代表）内線7004

**※FAXの受付時間は、月曜日～金曜日（祝祭日除く）8：30～16：30まで、土曜日（祝祭日除く）は8：30～11：30まで（受付のみ）となります。**

**【貴医療機関の情報】**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **貴医療機関名** | | **貴医師名** | |
| **住　所** | **秋田県　　市** | | |
| **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（フリガナ） | 年齢 | 歳 |
| 現 入院（所）場所 | | | |
| 主　病　名<br>主な合併症 | （　　） | | |
| 紹介目的<br>（該当にチェック） | □　リハビリ（　短期　or　長期　）<br>□　障害者病棟入院希望<br>□　その他（　　）<br>**※急変患者の紹介は除きます。** | | |
| 「障害者病棟入院希望」の場合の確認事項<br>（該当にチェック）<br>※いずれかに該当すれば障害者病棟入院対象となります。 | □　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）<br>□　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）<br>□　重度の意識障害者　以下のいずれか1項目を満たす者<br>・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<br>・意識レベルがGCSで8点以下の状態が2週間以上持続<br>・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）<br>□　以下のいずれかの疾患に罹患している患者<br>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ｼﾞ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 | | |
| その他の患者情報 | | | |
| 希望医師の有無<br>（該当にチェック） | □　な　し　　□　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、地域医療連携室（電話0184－22－6555　内線7004）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）。