

※申込み書類一式に添えてお送りください。

【地域医療連携連絡票】

連絡日: 令和 年 月 日

連絡者所属: _____

長野寿光会 上山田病院 御中

連絡者名: _____

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〉

〈患者氏名〉

〈性別〉 男 ・ 女 〈生年月日〉 . . .

病棟へ転院を申込み致します。(□にチェック)

- 地域包括ケア病棟
- 回復期リハビリテーション病棟
- 医療療養病棟(在宅復帰機能強化病棟)

地域医療連携パス・加算、管理料について(□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。
- 入退院支援加算1算定予定です。
- 二次性骨折予防継続管理料1算定予定です。

〈備考〉

ワクチン名 : コロナ 予防接種 (未・済) _____

接種日 : 1回目(/) 2回目(/) 3回目(/) _____

ワクチン名 : インフルエンザ 予防接種 (未・済) _____

接種日 : (/) _____

その他 _____