|  |
| --- |
| 転院申込書この用紙に紹介状と必要書類を添付してＦＡＸ送信して下さい。お送り状は不要。**地域連携専用** |

神戸アドベンチスト病院・地域医療連携室行

**FAX＆TEL ０７８－９８１－０２３３**

FAX受付時間 月～木9:00～１７:00 ・ 金9:00～12:00

土日祝を挟む場合はＦＡＸ確認次第返答となります。

貴院名：　　　　　　　　　　　　　　ご担当者名：

電話：　　　　　　　　 　　　　　ＦＡＸ：

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）　患者様氏名 | 生年月日　 T ・ S ・ H 　　　年　　　 　 　月　　 　日 |

※転院をご希望される病棟にレチェックをお願い致します。

**↓ 　 ↓ 　 ↓**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□ 一般急性期病棟****（ 新規紹介 ・ 逆紹介 ）**【ご希望・ご要望等】 | **□緩和ケア(ホスピス)病棟****病名告知について（ 済 ・ 未 ）**【ご希望・ご要望等】※緩和ケア認定看護師が対応致します。  | **□地域包括ケア病棟****リハビリ意欲（ 有 ・ 無 ）**【ご希望・ご要望等】 |
| **【急性期病棟申し込み手順】**1. 本用紙と紹介状、必要な検査結果をFAX送信して下さい。

⓶　院内で調整が付き次第、受け入れ日時を折り返し連絡します。 | **【ホスピス申し込み手順】**1. 本用紙と紹介状をFAX送信して下さい。
2. 折り返しのお電話で、家族について等詳しく確認後、ホスピス初診外来を設定します。お急ぎの場合や、一般病棟経由での対応が必要な場合はご要望欄にご記入いただくか、電話の際にお伝え下さい。
3. 受診予約票をFAX返信します。

（月・ 木どちらかになります）※緊急性が高い場合は医師と相談し地域連携特別枠で対応致します。 | **【地域包括ケア申し込み手順】**1. １日３単位のリハビリが可能であり在宅復帰を目指す患者様が対象です。

本用紙と紹介状、現在のリハビリ内容がわかるサマリー等をFAX送信して下さい。1. 院内で調整が付き次第、受け入れについて返答します。

※ 医師、リハビリテーション科、病棟との調整が必要なため、お返事に２～３日いただく場合があります。 |