

脳卒中医療連携体制を担う医療機関変更届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

脳卒中医療連携を担う医療機関の内容に変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。
また、受理された後、変更した内容で、脳卒中医療連携を担う医療機関として医療機関名が公表されることを承諾します。

記

【医療機能】

変更前	変更後	施設区分	内 容
		初期対応施設	急性期施設基準に該当しないが、急性期脳卒中の診療が可能な施設
		急性期施設	地域の救急医療の機能を有する医療機関
		回復期施設	回復期リハビリの機能を有する医療機関
		維持期入院施設	生活リハを含めた療養医療を提供する機能を有する医療機関
		維持期（在宅療養支援）	在宅医療を提供する機能を有する医療機関

※ 該当する施設区分に「○」印をつけてください