

## 脳卒中医療連携体制を担う医療機関変更届

令和 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

ふりがな  
医療機関名

代表者氏名

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。  
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

#### 1 医療機能（該当する機能に○印をつけてください）

| 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            |