



(1) 地域医療連携室まで、ご連絡ください。相談員が、お話を伺います

【伺う内容】

- ◎ これまでにかかった病気の内容や時期。
- ◎ 現在治療中の病気の内容や、服薬状況。
- ◎ いつ頃から、認知症の症状を感じているか。
- ◎ ご家族の状況。
- ◎ 社会資源の利用状況。……………など

地域医療連携室

T E L : 0 4 5 - 3 6 0 - 8 7 8 7 (代表)

受付時間：9時～17時（日曜、祝日、年末年始を除く）

【かかりつけ医がいる場合】

- ◎ 紹介状（診療情報提供書）、MRI画像データ等のご用意をお願い致します。
- ◎ 紹介状（診療情報提供書）などを郵送、もしくはFAXでお送りください。

《入院判定に必要な書類》

- 紹介状（診療情報提供書）
- 血液データ・MRI画像データ等
- 看護・介護サマリー（入院、入所中の方）

《送付先》 〒241-0812 神奈川県横浜市旭区金が谷 644-1

横浜ほうゆう病院 地域医療連携室

《FAX》 0 4 5 - 3 6 0 - 8 7 8 8 (代表)





(2) 入院判定・結果のお知らせ

医師との判定結果について、ご連絡致します。

(3) 入院事前面談・病院見学

ご家族にご来院頂き、患者さんの詳しい状況の確認や、ご家族からお話を伺います。
病院の見学、入院の手続きについてご案内致します。

(4) 入院予約

ご家族からの入院予約後、入院日を調整致します。

(5) 入院

予約時間にご来院ください。

