

脳卒中地域連携パス 急性期→回復期 ① 診療情報提供書

令和 年 月 日 (自動入力)

<紹介医療機関名>

この部分のレイアウトは、各施設の診療情報提供書に準じて変更する

(パスを利用しなかった場合でも通常の情報提供書として転用できるように)

診療科名 (自動入力)

医師氏名 (自動入力) 印

紹介時記載欄	
患者住所 (自動入力)	電話番号 (自動入力)
患者氏名 (自動入力)	生年月日 (自動入力) 性別 (自動入力)
ふりがな	ID (すべて自動入力)
脳卒中 病名 (医療用計画書と紐付け：自動入力)	発症日 (医療用計画書と紐付け：自動入力)
脳卒中によるおもな神経症状 (医療用計画書と紐付け：自動入力)	
リスク因子・併存疾患・既往歴 など (医療用計画書と紐付け：自動入力)	
紹介文 (現病歴、治療経過、内服等) 脳卒中連携診療計画に基づき、上記患者様をご紹介申し上げます。	
回復期病院を退院後、当院への受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定	

以下は転院時に追記されます

転院時追記欄
<input type="checkbox"/> その後とくにお変わりございません。今後のご加療のほど何卒宜しくお願い申し上げます。
回復期病院を退院後、当院への受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (貴院退院後) <input type="checkbox"/> 有 (○ 年 ○ 月頃)