**様式３（R4.3月変更）**

脳卒中発症連絡票（病院→各市町）

受理年月日：令和　　年　　月　　日

医療機関名：　　　　　　　　担当者：

受理者：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日  （　　　　歳） | |
| 性　　別 | 男　・　女 | 住　所 | ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 生活状況  (職業等) | | | | 家族構成 | | |
| 家族等連絡先（続柄）  氏名　　　　　（　　　）：  氏名　　　　　（　　　）： | | | |
| 病名：　脳出血　・　脳梗塞・くも膜下出血　・ラクナ梗塞　・その他（　　　　　　） | | | | | | |
| 入院日　　令和　　年　　月　　日（　　）　　　　　病棟　　　主治医（　　　　　　） | | | | | | |
| 【入院に至った経緯】  【入院中の経過】  【退院時の状態（病気の受け止め状況含む）】 | | | | | | |
| 退院月日 | 年　　　月　　　日 | | | 通　院  医療機関名 | | （主治医：　　　　　　　　　　　） |
| 次回受診日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 再発予防  のための  指導内容 |  | | | | | |
| 市町から  の連絡の  同意 | 有　・　無　　（　同意者：　本人　・　家族　・　その他　） | | | | | |