

東京都脳卒中救急搬送体制に関する改善提案シートについて(案)

このシートは、平成 20 年3月9日からスタートした東京都脳卒中救急搬送体制に関し、関係機関の皆さんから要改善事例の情報や改善の提案、ご意見等をいただくためのものです。

取扱い	<p>◇この「改善提案シート」は、東京都事務局(送付先参照)にて保管します。 内容に応じ、関係機関に詳細の確認や改善の働きかけを行い、また、東京都脳卒中医療連携協議会に報告して検討いただくなど、適宜対応します。</p> <p>◇提案いただいた方の個人名等個人情報は公表しません。</p>
送付先	<p>東京都 福祉保健局 医療政策部 医療政策課 [メールアドレス] S0000298@section.metro.tokyo.jp [FAX] 03-5388-1436 / [TEL] 03-5320-4446</p> <p>*ご不明な点等ございましたら、お問い合わせください。</p>

東京都脳卒中救急搬送体制に関する改善提案シート

氏名		[職種]
所属	* 所在する区市町村名	
連絡先	[TEL]	
	[メールアドレス]	

《改善提案内容》 ※ 該当事項がない場合には、その欄のご記入は不要です。

内容の分類	a 脳卒中カレンダー関連（医療圏の事務局とのやり取り等も含む）
a～e の概ね 該当するもの に○ください。	b 発症から東京都脳卒中急性期医療機関への搬送までのルール
	c 東京都脳卒中急性期医療機関認定基準及び認定方法
	d 救急隊とのやり取り関連
	e その他（患者・家族に関する事項、他の医療機関に関する事項など）

発生時期	平成 年 月 日()	
	* 該当する方へ○ください。	
	平日 / 土日・祝日	日勤帯 / 夜勤帯 ()時頃
事例等 及び 提案・意見		

ご協力ありがとうございました。