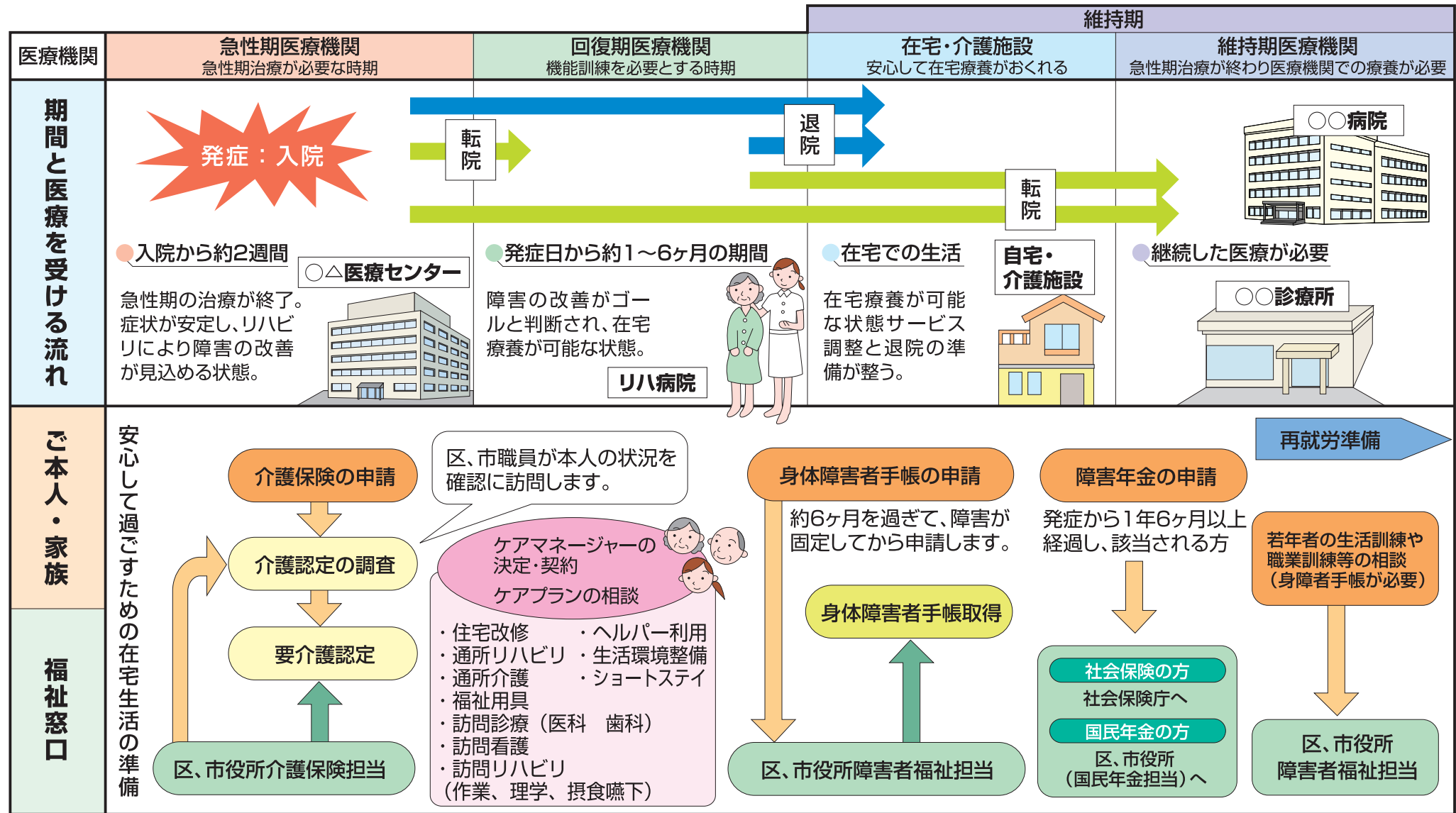


■東京都脳卒中地域連携診療計画書（患者説明用パス） 基本は「在宅生活に戻れること!」。在宅サービスを利用し、「安心して過ごせる」を支援させていただきます。

フリガナ 氏名	様	性別 男女	生年月日 (年齢)	( 歳)	診断名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他	既往症他	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> その他( )	発症日	入院日	
										手術日	担当医・ 看護師



<input type="checkbox"/> 説明者 病院名： 説明日： 年 月 日	説明者： 患者様サイン	この計画書は、標準的な経過を説明したものです。患者様の状態により、異なる経過になることもあります。ご質問がありましたら、遠慮なくスタッフにお尋ねください。
--	----------------	---