**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　） |