

心不全地域連携パス診療経過報告書

様式1

報告日: 令和 年 月 日

【計画策定病院】 大崎市民病院 地域医療連携室 989-6183 大崎市古川穂波3丁目8番1号 TEL 0229-23-3311 FAX 0229-23-3969		【連携医療機関】 医療機関名: TEL FAX	
患者氏名	様	性別	
生年月日			

下記のとおり地域連携診療計画に基づき、診療内容について報告します。

原本(データがある場合はデータも含め)は患者さんに交付済みです。

地域連携診療計画に基づく診療の実施日	令和 年 月 日
診療医師	印
地域連携診療計画に <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり。貴院にて精査願います。詳細は診療情報提供書をご参照ください。 ↳ 受診希望日 第1希望日: 月 日 ・ 第2希望日: 月 日	
診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
各種検査	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 (<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血・採尿 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他 ()
処方	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり ()
フリーコメント	



大崎市民病院
OSAKI CITIZEN HOSPITAL