

## 心不全地域連携パス診療経過報告書兼診療情報提供書

かかりつけ医からの報告日

年　月　日

診療計画策定病院又は連携病院		かかりつけ医	
医療機関名		医療機関名	
住 所		住 所	
電 話		電 話	

患者氏名		性 別	
生年月日	年　月　日	(	歳)

※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。

地域連携診療計画に基づく診察日	年　月　日
診 察 医 師	印
地域連携 診療計画	<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。
診療所見	<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"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 採血採尿 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT・MRI ) <input type="checkbox"/> 実施済 ( <input type="checkbox"/> その他 )
処 方	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり　( )
備 考	

※前医の退院日又はその翌月中に、退院した医療機関に郵送をお願いします。