|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  | 連携医→豊田厚生病院 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **【地域医療連携パス経過報告書】** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 　 | JA愛知厚生連　豊田厚生病院 | 脳神経内科 | 　 |
| 　 |  |  |  |  | 　@REQUESTNAME　医師宛 | 　 |
| 　 | 脳卒中二次予防地域医療連携パスの患者さんについてご報告致します |
| 　 | 患者氏名 | 　 | 　 | 患者ID | @PATIENTID | 　 |
| 　 |  | @PATIENTNAME | @PATIENTSEXN | @PATIENTBIRTH2 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 報告内容 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | １.症状 | □ | 症状安定しており、治療継続・経過観察中 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | □ | ADL低下のため通所・訪問リハビリ、通院リハビリ継続中 | 　 |
| 　 | 　 | □ | 脳卒中再発が疑われたため、救急外来、または脳神経内科専門医受診を指示 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | ２.内服 | □ | あり | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | □ | アスピリン（バイアスピリン、キャブピリン、タケルダ、コンプラビンなど） | 　 |
| 　 | 　 |  | □ | クロピドグレル（プラビックス、コンプラビンなど） | 　 |
| 　 | 　 |  | □ | シロスタゾール（プレタール、ホルタゾールなど） | 　 |
| 　 | 　 |  | □ | DOAC（リクシアナ、エリキュース、イグザレルト、プラザキサ） | 　 |
| 　 | 　 |  | □ | ワーファリン |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | □ | プラスグレル（エフィエント） |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | □ | なし | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | ３.検査 | □ | あり | 血圧（　　　/　　　mmHg）　HbA1c( 　 %）　LDL（　　　　mg/dl） | 　 |
| 　 | 　 | □ | なし | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　４.その他 （自由記載　　　　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 医療機関名 |  | 　 | 　 |
| 　 | 医　師　名 |  | 　 | 　 |
| 　 |  | TEL |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | JA愛知厚生連　豊田厚生病院　地域医療連携課 |  | 　 |
| 　 |  |  |  | [受付時間]　月～金　9：00～19：00 |  | 　 |
| 　 |  |  |  | [TEL]　0565-43-5077 | [FAX]　0565-43-5030 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | ※**本紙を当院へFAXをお願い致します。** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |