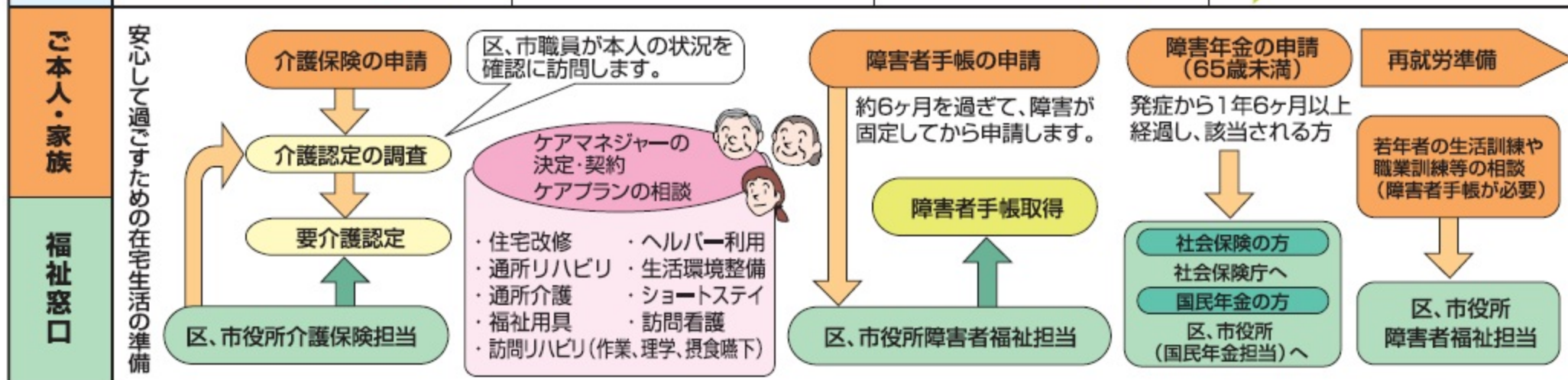
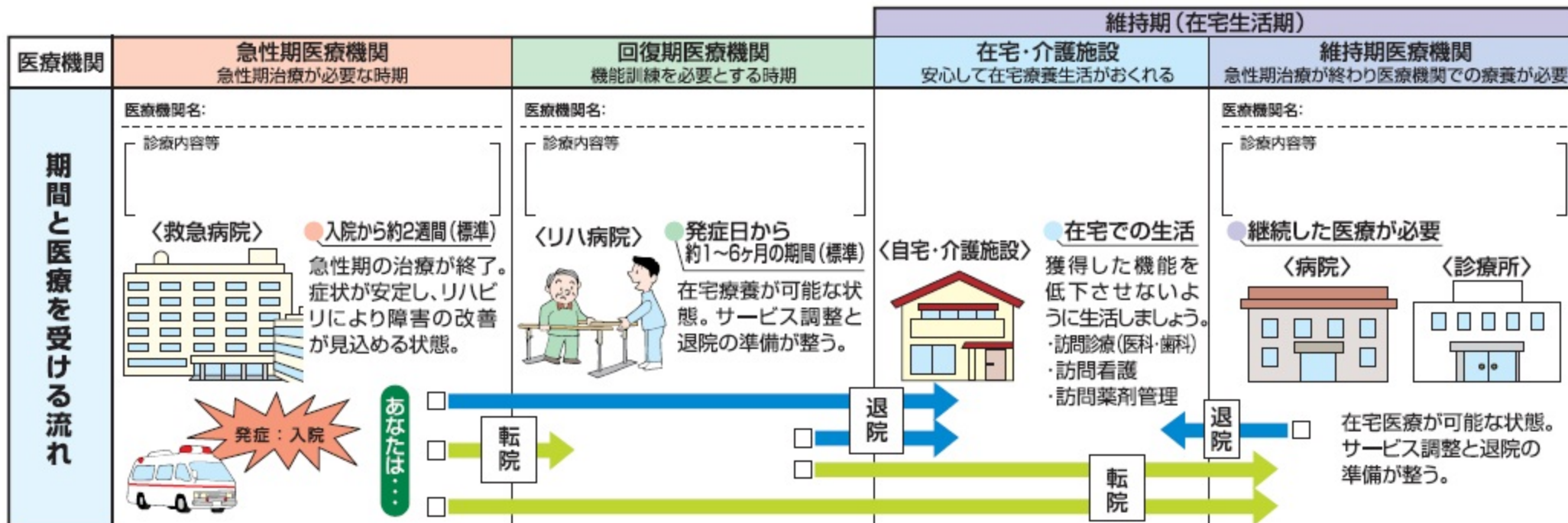


東京都脳卒中地域連携診療計画書（患者説明用パス） 基本は「在宅生活に戻れること!」。在宅サービスを利用し、「安心して過ごせる」を支援させていただきます。

フリガナ 氏 名	性別 男 女	生年月日 (年齢)	診断名	☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ くも膜下出血 ☐ その他	既往症他	☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 心房細動 ☐ その他()	発症日	入院日
様		(歳)					手術日	担当医・看護師



☐ 説明者 医療機関名: TEL:	氏 名: 説明日: 年 月 日	患者・ご家族サイン	この計画書は、標準的な経過を説明したものです。 あなたの状態により、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。
--	--------------------	-----------	---