【送信先】岩手医科大学附属病院　地域医療連携センター事務室

ＦＡＸ：０１９－６１１－８０７１（添書不要）

脳卒中　連携パス連携医療機関登録票

令和　　　年　　　月　　　日

岩手医科大学附属病院長　様

　　当院は、貴院が策定する下記疾患患者に関する診療計画に基づき、貴院と連携して

貴院退院後の患者治療を担うことに同意します。

【登録情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 連携する内容 | 脳卒中 |
| 連携する担当機関（下段に〇） | 回復期（急性期病院退院後の入院治療を担う） | 維持期（回復期病院退院後の外来治療を担う） |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ | 　　　　　（　　　　）　　　　　　（内線　　　　） |
| Ｆ　Ａ　Ｘ | 　　　　　（　　　　） |
| 事 務 担 当部　署　名 |  |
| 担 当 者 名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 【備考】 |

【担当】

岩手医科大学附属病院　地域医療連携センター事務室

〒028-3695　岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号

TEL：019-613-7111（代表）内4152