

【送信先】岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室

FAX: 019-654-5052

【脳卒中/大腿骨（頸部・転子部）骨折/急性肺炎】
連携パス連携医療機関登録票

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 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		大腿骨（頸部・転子部）骨折		急性肺炎
連携する治療機関 （下段に○）	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）	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	〒 —				
TEL	()		(内線)		
FAX	()				
事務担当 部署名					
担当者名	職名		氏名		
【備考】					

【担当】

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室

〒020-0066 岩手県盛岡市上田1-4-1

TEL:019-653-1151(内2195) FAX:019-654-5052