

【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】連携パス連携医療機関登録票**

平成 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	
	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）
連携する治療機関 （下段に○）				

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	
<b>【備考】</b>				

**【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