

【送信先】盛岡赤十字病院 地域医療連携室

FAX: 019-637-3313

【脳卒中/大腿骨（頸部・転子部）】
連携パス連携医療機関登録票

令和 年 月 日

盛岡赤十字病院長 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)
連携する担当機関 (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	
【備考】				

【担当】

盛岡赤十字病院 地域医療連携室

〒020-8560 岩手県盛岡市三本柳6地割1番地1

TEL:019-637-3312 FAX:019-637-3313