

FAX : 0996-72-3103(時間内)

0996-73-3708(夜間・休日)

診療情報提供書(脳神経疾患専用)

紹介先医療機関等名

患者名	様
生年月日	(歳)

紹介医

症状 <input type="checkbox"/> 意識障害 : JCS <input type="checkbox"/> I 桁 <input type="checkbox"/> II 桁 <input type="checkbox"/> III 桁 <input type="checkbox"/> 急性発症の頭痛 <input type="checkbox"/> 片麻痺 : 単麻痺でも構いません <input type="checkbox"/> 顔面麻痺 : 口角下垂、口唇周囲のしびれ感、眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 失語、言葉が出ない、言葉がわからない <input type="checkbox"/> 構音障害、呂律困難 <input type="checkbox"/> 複視 <input type="checkbox"/> けいれん
発症時刻・最終健常確認時刻
併存疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 : 維持透析(有・無) : ○で囲ってください <input type="checkbox"/> 心房細動
既往歴(血栓溶解療法の禁忌項目になります) <input type="checkbox"/> 非外傷性頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の脳梗塞 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内の頭部脊髄の重篤な外傷・手術後 <input type="checkbox"/> 21日以内の消化管あるいは尿管出血 <input type="checkbox"/> 14日以内の大手術あるいは頭部以外の重篤な外傷 <input type="checkbox"/> 不明

※この用紙は急性期：発症3日以内の脳卒中含む脳神経疾患が疑わしいと判断し、当院へご紹介いただく際に必要な書類です。各項目にあてはまるボックスにチェック、発症時刻を記入、処方箋はコピーを貼付あるいは添付し、FAX 送信ください。

脳梗塞に関しては、特に超急性期の場合は治療開始を急ぐ必要がございますので、ご連絡いただく情報を必要最小限に絞った形としております。その場での確認が困難、不明であれば、不明としてください。この用紙をもちまして、当院への急性期脳神経疾患の患者さんの紹介は完了となります。これ以上のトリアージや情報取得については、極力当院で実施いたしますが、必要に応じて、再度情報提供していただくことがあることをご了承ください。

出水郡医師会広域医療センター
脳神経外科

TEL : 0996-73-1331