

千葉県共用脳卒中地域連携パス 診療計画書

氏名:	様	計画管理病院:
診断:		担当科:
発症日:		説明者:

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も、今後の検査で変更される場合があります。

救急病院・病棟

リハビリ病院・病棟

自宅・療養施設

ご家族の役割

リハビリ病院・病棟の申込

生命保険などの診断書

市役所に介護保険申請

介護度の認定

ケアマネージャーの決定と契約

担当者会議

住宅改修
訪問看護
リハビリ
福祉用具のレンタル
ヘルパーの利用
デイケア
デイサービス

障害者年金の申請

補装具の検討

身体障害者手帳申請

脳卒中診療の流れについて、説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。

説明受者(本人・家族)
ご署名 _____ 年 月 日

