

秘 脳卒中発症情報連絡票

情報提供について、患者または家族の同意を得てください。

患者氏名	フリガナ	生年月日	明治														
	男 女		大正	年	月	日 () 歳											
住所	郡	町	電話 ()														
	市																
発症年月日	年	月	日頃	1. 初発	2. 再発の場合、初発年月												
				2. 再発		年	月	頃・年月不明									
診断名	1. 脳出血																
	2. 脳梗塞																
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="font-size: 3em;">{</td> <td style="padding: 0 10px;">a. アテローム血栓性脳梗塞</td> <td style="font-size: 3em;">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">b. ラクナ梗塞</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">c. 心原性脳梗塞</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞</td> <td></td> </tr> </table>					{	a. アテローム血栓性脳梗塞	}		b. ラクナ梗塞			c. 心原性脳梗塞			d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞	
{	a. アテローム血栓性脳梗塞	}															
	b. ラクナ梗塞																
	c. 心原性脳梗塞																
	d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞																
	3. くも膜下出血																
	4. 病型不明の脳卒中																
	(注) Branch Atheromatous Disease (BAD) はアテローム血栓性梗塞に含む																
主な基礎疾患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他)																
	4. 高脂血症 5. その他 ()																
	6. なし 7. 不明																
連絡先	施設名																
	電話 ()																
	主治医氏名																
	連絡票連絡先氏名		連絡票作成年月日														
				年	月												
					日												

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。

秘 脳卒中発症情報連絡票

情報提供について、患者または家族の同意を得てください。

患者氏名	フリガナ	生年月日	明治		
	男 女		大正	年	月
住所	郡	町	電話 ()		
	市				
発症年月日	年	月	日頃	1. 初発	2. 再発の場合、初発年月
				2. 再発	
診断名	1. 脳出血				
	2. 脳梗塞				
診断名	a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞				
	3. くも膜下出血				
診断名	4. 病型不明の脳卒中				
	(注) Branch Atheromatous Disease (BAD) はアテローム血栓性梗塞に含む				
主な基礎疾患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他)				
	4. 高脂血症 5. その他 () 6. なし 7. 不明				
連絡先	施設名				
	電話 ()				
連絡先	主治医氏名				
	連絡票連絡先氏名		連絡票作成年月日		
		年		月	
		日			

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。

秘 脳卒中発症情報連絡票

情報提供について、患者または家族の同意を得てください。

患者氏名	フリガナ	生年月日	明治					
	男 女		大正	年	月	日 () 歳		
住所	郡	町	電話 ()					
	市							
発症年月日	年	月	日頃	1. 初発	2. 再発の場合、初発年月			
				2. 再発		年	月	頃・年月不明
診断名	1. 脳出血							
	2. 脳梗塞							
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding: 0 10px;"> a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞 </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> </table>					{	a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞	}
{	a. アテローム血栓性脳梗塞 b. ラクナ梗塞 c. 心原性脳梗塞 d. 病型不明 ・ その他の脳梗塞	}						
	3. くも膜下出血							
	4. 病型不明の脳卒中							
	(注) Branch Atheromatous Disease (BAD) はアテローム血栓性梗塞に含む							
主な基礎疾患	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心臓病 (a. 心房細動 b. 虚血性心疾患 c. その他)							
	4. 高脂血症 5. その他 ()							
	6. なし 7. 不明							
連絡先	施設名							
	電話 ()							
	主治医氏名							
	連絡票連絡先氏名		連絡票作成年月日			年		
					月			
					日			

なお、提供された情報は、「島根県脳卒中等情報システム事業実施要綱」の定めた目的（脳卒中の発症予防や社会復帰の促進、寝たきり防止に努める）以外に使用することはありません。

今後の療養については、主治医や市町村役場の保健師等によく相談しましょう。

なお、様式は 1 枚目医療機関等控、2 枚目本人用、3 枚目保健所提出用、4 枚目市町村送付用の 4 枚複写となっているので、1 枚目と 2 枚目のみ医療機関等ではずし、3 枚目と 4 枚目は併せて、保健所へ提出する。