椎 体 骨 折 パ ス 連 絡 票

|  |  |
| --- | --- |
| 宛　先 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中 |
| 件　名 | 診療情報提供書等（椎体骨折パスポート）事前送付の件 |
| いつも大変お世話になっております。浜松椎体骨折地域連携パスで患者さまを貴院に紹介いたします。今回、患者様は浜松椎体骨折地域連携パスをご使用になっております。診療に関わる詳細は、患者さまが貴院にお持ちになる**『椎体骨折****地域連携パス 診療情報提供書 (回復期→診療所、回復期→急性期）』**等をご確認ください。今回は取り急ぎ、診療情報提供書を送付させていただきます。貴院では、定期的にフォローしていただき、**『椎体骨折地域連携パ****ス　経過報告書』**へご記載の上、**当院と計画管理病院へFAXのご返****信**をお願いいたします。また、神経症状、疼痛の継続、新規椎体骨折（体動困難）のうち一つでも該当症状がございましたら、計画管理病院へご紹介ください。　ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。何卒よろしくお願いいたします。 |
| 担当者 | TEL：　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 送付枚数 | 本状を含めて　　　　枚 | 送付年月日 | 年　　　月　　　日 |