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 |