

ファックス送信先医療機関名：

FAX番号：

事象評価(アウトカム)発生連絡票

連携医療機関名	
あんしん連携ノート担当者	様

「脳卒中・急性心筋梗塞あんしん連携ノート」に登録中の患者において、下記の事象が発生しましたので、ご報告します。

送信日時 年 月 日
送信担当者
連絡先(電話)

施設名		
担当医師(主治医)		
ノートID	No.	
事象発生年月日	20 年 月 日	
事象名		
事象分類	<input type="checkbox"/> ① 脳卒中(脳梗塞、TIA、脳出血、くも膜下出血)	
	<input type="checkbox"/> ② CEA、CAS、バイパス	
	<input type="checkbox"/> ③ 心臓死(突然死・心不全死)	
	<input type="checkbox"/> ④ 致死性心筋梗塞	
	<input type="checkbox"/> ⑤ 非致死性心筋梗塞	
	<input type="checkbox"/> ⑥ 不安定狭心症	
	<input type="checkbox"/> ⑦ 冠血行再建術(PCI,CABG)	
	<input type="checkbox"/> ⑧ 心不全による入院	
	<input type="checkbox"/> ⑨ 処置・治療を要する末梢動脈病変(PAD)	
	<input type="checkbox"/> ⑩ 人工透析の導入	
	<input type="checkbox"/> ⑪ がんの発症 (部位:)	
	<input type="checkbox"/> ⑫ 肺炎・骨折など、その他の疾病による入院	
	<input type="checkbox"/> ⑬ 処置・治療を伴う(外来・入院)合併症の発症(出血/低血糖/横紋筋融解症など)	・外来、入院とも対象
	<input type="checkbox"/> ⑭ 日常生活自立度Ⅲ以上	
	<input type="checkbox"/> ⑮ 死亡 (死因:)	
	<input type="checkbox"/> ⑯ その他()	