

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	
脳卒中あんしん連携ノート担当者	様

「脳卒中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）の再発／頸部ステント留置	・入院のみ ・経過観察入院は除く
	<input type="checkbox"/> ② 処置、治療を要する冠動脈疾患の入院	・ACS発症／ステント留置等
	<input type="checkbox"/> ③ 処置、治療を要する末梢動脈疾患の入院	・PAD(ASO)発症／ステント留置等
	<input type="checkbox"/> ④ 人工透析の導入	
	<input type="checkbox"/> ⑤ がんの発症（部位：                    ）	
	<input type="checkbox"/> ⑥ 肺炎・骨折等、その他の疾病の入院	
	<input type="checkbox"/> ⑦ 処置・治療を伴う合併症の発症（出血、低血糖、横紋筋融解症等）	・外来、入院とも対象
	<input type="checkbox"/> ⑧ 認知症進行（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上）	・服薬等自己管理不能 ・介護保険主治医意見書参考
	<input type="checkbox"/> ⑨ 死亡（死因：                    ）	
	<input type="checkbox"/> ⑩ その他（                    ）	

**【留意事項】**

(1) 事象①はノートを回収し、新しいノートを発行する対象となります。

(2) 事象⑨はノート終了となります。