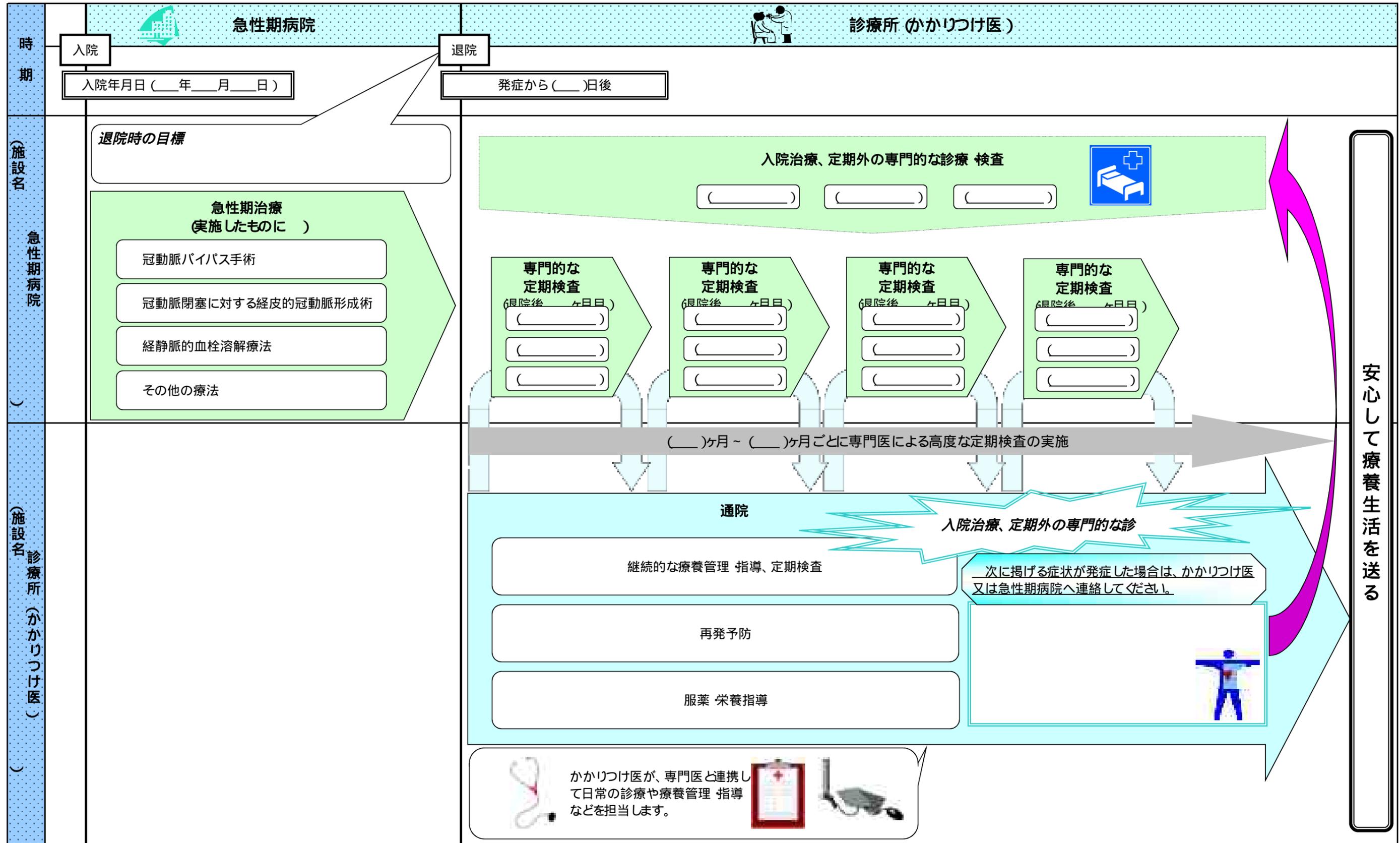


# 千葉県共用急性心筋梗塞地域医療連携パス（診療計画表）＜案＞

急性期病院外来受診予約・連絡先	医療機関名/部署	連絡先
急性期病院退院時主治医氏名・連絡先	医療機関名/氏名	連絡先
かかりつけ医氏名・連絡先	医療機関名/氏名	連絡先

患者氏名	生年月日(年齢)性別	MTSH 年 月 日 ( 歳 )
	身長 体重	cm ・ kg



安心して療養生活を送る