地域がん診療連携情報提供書兼がん治療連携指導報告書

計画策定病院

受診科/主治医

（地域連携パスのがん種）

□胃がん　□大腸がん　□肝がん　□乳がん　□肺がん　術後フォローアップパス

報告日

連携パス開始日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者情報 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　□男　□女  生年月日　　年　　月　　日 |
| 報告内容 | 共同診療計画に基づく診療の実施日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 共同診療計画に　□変更無し：パス続行、特記すべき問題なし  　□変更有り  （□パス離脱　□がん再発　□パス診療関連　□社会的原因・拒否　□不明□その他） |
| 次回受診予定日　　　　　年　　　月　　　日 |
| その他  特記事項  連絡事項 |  |
| 受診依頼  添付資料 | □予定外受診の依頼  第1受診希望日（　　　　）第2受診希望日（　　　　）第3受診希望日（　　　　）  ※緊急受診の場合は、必ず℡連絡をお願いいたします。 |
| □有　□検査データ　□画像データ　□診療情報提供書　□その他（　　　　）  □無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元  医療機関  情報 | 医療機関名 |
| 担当科/医師名 |
| 電話番号 |
| FAX番号 |