

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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 変更無し：パス続行、特記すべき問題なし <input type="checkbox"/> 変更有り (<input type="checkbox"/> パス離脱 <input type="checkbox"/> がん再発 <input type="checkbox"/> パス診療関連 <input type="checkbox"/> 社会的原因・拒否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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TEL連絡をお願いいたします。
添付資料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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