

(送付先

病院 地域医療連携部あて)

FAX

-

-

診療情報提供書 (連携医→治療計画病院)

《岐阜県がん地域連携パス用》

病院

科

先生

いつもお世話になっております。

以下の通り、がん診療地域連携パスに依り、連携中の患者様の情報を提供いたします。
引き続き、今後のご加療をよろしくお願ひします。

[患者氏名]	[生年月日] (年 月 日) 生
[パス名] <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん	
[経過報告] (診察日) 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 診療計画通り順調に経過しています。 <input type="checkbox"/> その他 (症状経過) (治療経過) (現在の処方) (相談事項)	
[添付書類] <input type="checkbox"/> 地域連携パスの写し <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ()	

平成 年 月 日

医院 クリニック

医師