



FAX 0229-24-3005

大崎市民病院 地域医療連携室 宛

がん地域連携パス診療経過報告書

□肺がん □胃がん □大腸がん □肝がん □乳がん

報告日 平成 年 月 日

【計画策定病院】 大崎市民病院 地域医療連携室 989-6183 大崎市古川穂波三丁目8番1号 TEL 0229 - 23 - 9986 FAX 0229 - 24 - 3005		【連携医療機関】 医療機関名： _____ 送 信 者： _____ TEL _____ FAX _____	
患者氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日		

下記の通り地域連携診療計画に基づき診療内容を報告します。原本(データも含め)は患者様に交付済みです。

地域連携診療計画に基づく診療の実施日		平成	年	月	日
診療医師		_____			
地域連携診療計画に					
<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり 変更内容： _____					
臨床所見	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()		
採 血	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()		
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()		
投 薬	<input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 変更あり()		
画像所見	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()		
その他				
検査データ添付	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		

