

# がん地域連携パス診療経過報告書

膀胱がん

様式1

報告日: 年 月 日

<b>【計画策定病院】</b> 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		<b>【連携医療機関】</b> 医療機関名: TEL FAX	
患者氏名	様	性別	
生年月日			

下記のとおり地域連携診療計画に基づき診療内容について報告します。

原本(データがある場合はデータも含め)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	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。貴院にて精査願います。詳細は診療情報提供書をご参照ください。 受診希望日 第1希望日: 月 日 ・ 第2希望日: 月 日	( 連携医療機関 会計連絡欄 ) がん治療連携指導料(月1回)
診察所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( ) MMC膀胱内注入 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 処方 <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり ( ) 連絡事項 <input type="checkbox"/> 特に変わりありません。 フリーコメント	



大崎市民病院  
 OSAKI CITIZEN HOSPITAL