

がん地域連携パス診療経過報告書

報告日 年 月 日

【計画策定病院】 大崎市民病院 御担当先生 989-6183 大崎市古川穂波3丁目8番1号 TEL 0229-23-9986 (連携室直通)				 【連携医療機関】 医療機関名: _____ 診療医師: _____ 印 TEL _____	
患者 氏名	様	性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所				電話番号	

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。

☒ 膀胱がん	
地域連携診療計画に基づく診療の実施日	年 月 日
地域連携診療計画に ☐ 変更なし ☐ 変更あり 変更内容: _____	
臨床所見	☐ 異常なし ☐ 異常あり()
MMC 膀胱内注入	☐ 実施 ☐ 未実施
投 薬	☐ 変更なし ☐ 変更あり()
連絡事項	☐ 特に変わりありません
フリーコメント	

※診療経過報告書を記載後は、大崎市民病院地域医療連携室宛に郵送してください。