

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。

<input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 乳がん					
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 <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"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()	
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()	
投 薬	<input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり()	
画像所見	<input type="checkbox"/> 未実施	<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 ()					

※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。