

様式1-3のがん地域連携パス専用のFax送信用紙の使用は自由とし、  
通常の診療情報提供書で可とします。診療情報提供書の冒頭に  
「がんの地域連携パスで経過観察中の患者さんです」とご記載ください。

# F A X 送 信 票

○○○○病院 地域医療連携担当者：  <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">様</div> Tel: 000-000-0000 Fax: 000-000-0000	 	連携医療機関（かかりつけ医） <u>△△△△クリニック</u> 担当者：  <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">様</div> Tel: 000-000-0000 Fax: 000-000-0000
--	------	--

## がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）

病院（拠点病院）にて外来担当者が記入

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
診 断 名	1. 乳がん      2. 胃がん      3. 大腸がん 4. 肺がん      5. 肝がん      6. その他（      ）
診 断 日	平成      年      月      日
入 院 日	平成      年      月      日
退 院 日	平成      年      月      日
術      式	
術      日	平成      年      月      日
受診希望日	第1希望日（ / ） 第2希望日（ / ） 第3希望日（ / ）

（かかりつけ医で記入）

受入の有無	1. 受入可                      2. 受入不可
担当医師	
初回受診日	平成      年      月      日

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

○○○○病院 地域医療連携室 Tel: 000-000-0000

様式 1-3 のがん地域連携パス専用の Fax 送信用紙の使用は自由とし、  
 通常の診療情報提供書で可とします。診療情報提供書の冒頭に  
 「がんの地域連携パスで経過観察中の患者さんです」とご記載ください。

# F A X 送 信 票

○○○○病院 地域医療連携 担当者：  <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">様</div> Tel:000-000-0000 Fax:000-000-0000	→  ←	連携医療機関（かかりつけ医） △△△△クリニック 担当者：  <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">様</div> Tel:000-000-0000 Fax:000-000-0000
--	------------	---

## がん地域連携パス逸脱届

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
パスの種類	1. 乳がん            2. 胃がん            3. 大腸がん 4. 肺がん            5. 肝がん            6. その他 (        )
逸脱の理由	1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更  2. 転出(他県へ転出等)  3. 患者本人・ご家族の希望  4. 死亡  5. その他
逸 脱 日	平成      年      月      日

