**診療情報提供書（がん地域連携パス）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〒 |  | 〒 |  |
| 住　　　所 |  | 住　　　所 |  |
| 医療機関名 |  | 医療機関名 |  |
| 担当医師名 |  | 担当医師名 |  |
| 【TEL】　　　　　　　　【FAX】 | 【TEL】　　　　　　　【FAX】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）患者氏名 | 性　別男・女 | 生年月日　　　　　　　　　　　　年齢　　　年　　月　　日　　　　　歳　　か月 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 傷病名　　（　　　　）がん術後（地域連携パス）　　　手術日　　　年　　　月　　　日 |
| 紹介目的　　１．定期受診報告　　２．バリアンス報告　３．その他（　　　　　　　　　） |
| 受診日　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 【検査】□血液検査　□腫瘍マーカー　□検尿　□血圧　□腹部US　□胸腹部CT　□GIFまたはCF□胸部XP　□体重変動　無・有（　　年　　月　　日　　　　kg　→　　年　　月　　日　　　　kg　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【検査の結果】□異常有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□異常なし【添付資料】□検査データ　　□その他（　　　　　　　　　　　　）【現在の処方】【有害事象】□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| コメント（留意事項・連絡事項等） |