**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） | | |