（送付先　　○　○　病院　地域医療連携部あて）

FAX　000-000-0000

診療情報提供書（連携医→治療計画病院）

≪岐阜県がん地域連携パス用≫

○　○　病院

　科

　　　　　　　　　　先生

いつもお世話になっております。

以下の通り、がん診療地域連携パスに依り、連携中の患者様の情報を提供いたします。

引き続き、今後のご加療をよろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| [患者氏名] | [生年月日]（　　　　年　　　月　　　日）生 |
| [パス名]□大腸がん　　□胃がん　　□乳がん　　□肺がん　　□肝がん　　□前立腺がん |
| [経過報告]　　（診察日）　　　　年　　月　　日　　　□　診療計画通り順調に経過しています。　　　□　その他（症状経過）（治療経過）（現在の処方）　（相談事項） |
| [添付書類]　　　□　地域連携パスの写し　　　□　検査結果　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医院　　クリニック

　　　　　　　　　　　　　　　　医師