

地域連携パス バリエーション発生連絡用紙 FAX 送信日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

連携医療機関名：

電話番号：

FAX 番号：

担当者：

以下の計画策定病院の口にチェックをし、FAXにてご連絡をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 岐阜大学医学部附属病院	総合患者サポートセンター	FAX 058-230-7035
<input type="checkbox"/> 岐阜市民病院	地域連携部	FAX 058-255-0504
<input type="checkbox"/> 岐阜県総合医療センター	地域医療連携センター	FAX 058-248-9334
<input type="checkbox"/> 大垣市民病院	地域医療連携・緩和ケアセンター	FAX 0584-77-0859
<input type="checkbox"/> 中部国際医療センター	地域連携部・相談支援センター	FAX 0574-66-1661
<input type="checkbox"/> 岐阜県立多治見病院	がん診療連携課	FAX 0572-22-7948
<input type="checkbox"/> 高山赤十字病院	入退院支援課 地域連携係	FAX 0577-32-1165
<input type="checkbox"/> 中濃厚生病院	地域医療包括ケアセンター	FAX 0575-24-7139

バリエーション発生の連絡 (1. 2. 3 について、該当項目に✓をお願いいたします。)

1. 運用中のパス

胃・ 大腸・ 肝・ 肺・ 乳房・ 前立腺・ その他(_____)

2. バリエーション発生要因

死亡

転居

再発

他疾病の発症

通院困難

病院のみ受診

かかりつけ医のみ受診

未受診

その他(_____)

3. バリエーション分類

変動・ 逸脱・ 脱落 (ただし肝がんパスは脱落のみ)

【その他連絡事項等】