

がん治療連携指導料（岐阜県地域連携パス）に関する申請書

当医療機関は岐阜県下のがん診療連携拠点病院（以下、「計画策定病院」とする）との連携について、岐阜県地域連携パスを地域診療連携計画として、当該病院から退院後の治療を担うことに同意します。

つきましては、計画策定病院に対して、当医療機関を「がん診療連携計画策定料」の「連携保険医療機関」として、岐阜大学医学部附属病院が、東海北陸厚生局への施設基準に係る届出及び届出状況の管理に必要な情報を申請します。

開設者名

印

【申請医療機関の情報】

1	申請日	西暦 年 月 日 ※保険算定の開始日は締切日の翌月からとなります。
2	医療機関名	
3	保険医療機関コード	
4	医療機関所在地	
5	連携パス担当者名	電話番号 () -
6	施設基準担当者名	電話番号 () -

【申請内容】

該当する項目に○を付けてください。

新規	西暦 年 月 日 届出予定 ※別途、特掲診療料施設基準 別添2 を2部送付してください。 該当する項目に○を付けてください。 () 肺がん () 胃がん () 肝がん () 大腸がん () 乳がん () 前立腺がん
変更	該当する項目に○を付けてください。 () がんパスの追加 ※該当する項目に○を付けてください。 () 肺がん () 胃がん () 肝がん () 大腸がん () 乳がん () 前立腺がん () 医療機関情報の変更（医療機関名・保険医療機関コード・所在地） () その他 ()
辞退	該当する項目に○を付けてください。 () がんパスの辞退 ※該当する項目に○を付けてください。 () 肺がん () 胃がん () 肝がん () 大腸がん () 乳がん () 前立腺がん () 施設基準の辞退 ※施設基準に係る辞退届を別途1部送付してください。 () その他 ()
その他	

2018年6月作成 【管理番号記入欄】

本件の連絡先 〒501-1194 岐阜市柳戸1番1

岐阜大学医学部附属病院 医療支援課 連携パス担当