

埼玉県立がんセンター 御中（地域連携担当）

FAX;048-723-0851

### がん治療連携に関する連絡

がんの治療について連携医療機関に【新規参加・辞退・一部変更(追加・辞退)】します

○新規の参加を希望される場合は、「貴院の情報」欄全てにご記入下さい。

○辞退する場合・一時変更する場合は「貴院の情報」欄の医療機関名と所在地のみご記入下さい。

○また、当センターと連携を希望する「がん種」に○を付し、対応可能な検査にチェックをお願いします。

◎施設基準の届出は、医療機関ごとで手続きをお願いいたします。

当センターから連携登録証を送らせていただきます

#### 貴院の情報

医療機関名称	名称)			
	医療機関コード)			
医療機関所在地	〒			
担当者名	代表者		所属 事務担当者	
病床数	なし ・ あり ( 床)			
連絡先	TEL			
	FAX			
	E-mail			

連携を希望するがんの種類欄に○印をお願いします。

	A大腸がん	B胃がん	C肝がん	D乳がん	E肺がん
埼玉県立がんセンター					

#### 施設の状況について

※下記の検査のうち貴医療機関で可能なものにチェックを入れてください。

- |                                     |                                       |                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃ファイバー検査   | <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー検査    | <input type="checkbox"/> 膀胱鏡  |
| <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤エコー検査 | <input type="checkbox"/> 胸部・腹部・骨盤CT検査 | <input type="checkbox"/> 尿細胞診 |
| <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影  | <input type="checkbox"/> 乳腺エコー検査      |                               |
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査 |                                       |                               |