

がん治療連携診療情報提供書

連携計画策定病院名

担当医 _____ 科 _____ 殿 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

連携医療機関所在地および名称

医師氏名

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所 電話番号	電話 () 番		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		

地域連携診療 計画名(パス名)	
診療日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
治療経過	<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画に基づいた治療（または検査）を行いました。 <input type="checkbox"/> 臨時診察を行いました。（下記に詳記）
検査結果等	<input type="checkbox"/> 異常所見を認めませんでした。 <input type="checkbox"/> その他（下記に詳記）
その他	