

がん地域連携パス運用依頼票

様式1

年 月 日

【連携医療機関】	
医療機関名	
診療科名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

【計画策定病院】	
病院名	福山市民病院
診療科名	
医師名	
電話番号	084-941-5151
FAX番号	084-946-5209



いつも大変お世話になっております。

つぎの患者さまにつきまして、がん地域連携パスを利用して貴院とともに経過観察をさせていただきたいと考えております。つきましては、ご多用のところ恐縮ですが、「受入確認票」についてご記入のうえ、FAXにてご返信くださいますようお願い申し上げます。

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	日生(歳)
患者名					
住所			電話番号		
診断名	1. 乳がん 2. 肺がん 3. 胃がん 4. 肝がん 5. 大腸がん 6. 前立腺がん				
がん治療連携指導料	算定可 ・ 算定不可		連携開始予定月	月 予定	
受診希望日	第1希望	月	日()	時	分頃
	第2希望	月	日()	時	分頃
備考					

受入確認票

年 月 日

FAX番号:084-946-5209
計画策定病院名 福山市民病院
診療科名:
担当医師:
電話番号:084-941-5151

【連携医療機関】	
医療機関名	
診療科名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	



上記患者さまの受入れについて、次のとおり回答します。

受入れの可否	1. 受入れ可		2. 受入れ不可	
担当医師名	先生	診療科		
初回受診日時	年	月	日()	時 分

※貴院の「診察予約票」がある場合は、お手数ですが併せてFAX送信してください。