

パス

乳がん ・ 肺がん  
胃がん ・ 肝がん  
大腸がん ・ 前立腺がん

# 情報提供書 / 予約依頼

様式2

## 【がん地域連携診療】

年 月 日

FAX番号: 084-946-5209 計画策定病院(地域医療連携課)	
<b>福山市民病院</b>	
所在地	福山市蔵王町5-23-1
診療科名	
担当医師	
電話番号	084-941-5151



<b>【連携医療機関】</b>	
医療機関名	
所在地	
診療科名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

### 患者情報

ふりがな		男・女	患者住所	
患者名				
生年月日	年 月 日生( 歳)		電話番号	
計画策定病院カルテ番号				

### 予約依頼

#### 診察

#### 検査

診療科名		<input type="checkbox"/> CT 部位 (胸部~骨盤) (単影・造影) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 血液検査 <small>※以下の検査は実施済です</small> <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他( )	
担当医	医師		
診察希望日	1. 年 月 日 時 2. 年 月 日 時	検査希望日	1. 年 月 日 時 2. 年 月 日 時
備考	糖尿病薬(あり・なし) ありの場合は薬剤名( ) 体内金属(あり・なし) ベースメーカー(あり・なし) アレルギー・喘息(あり・なし) 妊娠(あり・なし) 甲状腺機能亢進症(あり・なし) ありの場合6か月以内の採血結果( ) 造影剤使用歴(あり・なし) 造影剤アレルギー(あり・なし) 検査日3か月以内の採血結果(腎機能eGFR値データ)→(あり・後日)		

※受診報告のみの場合は記入不要です。

### 情報提供

紹介目的	1. 受診報告 2. バリانس報告 3. その他( )
報告医師名	
がんの種類	【乳がん・肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・前立腺がん】術後経過観察
受診報告	1. 年 月 日 の受診結果を別紙のとおり報告します。
バリانس報告	2. 下記の理由でバリانسが発生しました。 <input type="checkbox"/> 再発・再燃合併症による治療方針の変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 患者本人・ご家族の希望 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【バリانسに関する経過・追加情報】
治療経過 患者の状態 等	3. その他報告事項