【記　載　要　領】

地域がん診療連携情報提供書兼がん治療連携指導報告書

計画策定病院　　←がん診療拠点病院名

受診科/主治医　　←診療科名/主治医名

（地域連携パスのがん種）該当のがん種にチェックする

□胃がん　□大腸がん　□肝がん　□乳がん　□肺がん　術後フォローアップパス

報告日　　←記載日又は報告をする日

連携パス開始日　　←連携医療機関を最初に受診した日

患者情報	氏名□　□　□　□　□　　性別　□男□女 生年月日　　年　　月　　日
報告内容	共同診療計画に基づく診療の実施日　　年　　月　　日←今回の受診日
	共同診療計画に　□変更無し：パス続行、特記すべき問題なし □変更有り （□パス離脱　□がん再発　□パス診療関連　□社会的原因・拒否　□不明□その他）
	次回受診予定日　　年　　月　　日←連携する医療機関を受診する日
その他 特記事項 連絡事項	
受診依頼	□予定外受診の依頼 第１受診希望日（　　）第２受診希望日（　　）第３受診希望日（　　） ※緊急受診の場合は、必ずTEL連絡をお願いいたします。
添付資料	□有　□検査データ　□画像データ　□診療情報提供書　□その他（　　） □無

紹介元医療機関情報	医療機関名
	担当科/医師名
	電話番号
	FAX 番号