

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 和泉市立総合医療センター

受診科/主治医 婦人科

(地域連携パス名)

子宮頸部上皮内がん術後経過観察パス

報告日

連携パス開始日

患者情報	氏名				
	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
	共同診療計画に	<input type="checkbox"/> 変更無し:パス続行、特記すべき問題なし <input type="checkbox"/> 変更有り (<input type="checkbox"/> パス離脱 <input type="checkbox"/> がん再発 <input type="checkbox"/> パス診療関連 <input type="checkbox"/> 社会的理由・拒否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他)			
	細胞診結果(検査日 /)	<input type="checkbox"/> NILM(I, ii); <input type="checkbox"/> ASC-US; <input type="checkbox"/> L-SIL; <input type="checkbox"/> H-SIL; <input type="checkbox"/> ()			
	次回受診予定日	年	月	日	
その他 特記事項 連絡事項					
受診依頼	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> その他()				
添付資料	<input type="checkbox"/> 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