

がん地域連携パス運用依頼書

様式 1

年 月 日

【計画策定病院】	
病院名	NTT東日本関東病院
診療科名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	0120-34-4810

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

いつも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」についてご記入の上、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	生年月日	年 月 日生
患者氏名		女		(歳)
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
備 考				

受入確認票

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	

FAX番号：0120-34-4810
計画策定病院名：NTT東日本関東病院
診療科名：
担当医師名：
TEL:

上記患者さまの受入れについて、次の通り回答します。

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	
備考			

* 貴院の「診察予約票」がある場合は、併せてFAX送信してください。