地域連携がん診療経過報告書　兼　診療情報提供書

地域連携クリティカルパスの種類（がん種）【　　】

報告日　　年　　月　　日
共同診療開始日　　年　　月　　日

連携医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

計画策定病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者情報	氏名　　性別（　M　F　） 住所 電話番号 生年月日　T・S・H　　年　　月　　日
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。 共同診療計画に基づく診療の実施日 次回の予定	
共同診療計画に　（　　変更なし　　変更あり　　） 変更となった項目（　　診察・観察　検査　治療　薬剤　処置　ケア　　） 具体的な内容（症状経過及び検査結果）	
現在の処方	
・その他の特記する事項 画像・検査データ添付　（　あり　　なし　）	