江南厚生病院　地域医療連携センター宛　　**FAX：０５８７－５１－３３４３**

**がん地域連携パス：受診時情報提供書（診療情報提供書）**

連携施設名：

診察日：　　　年　　　月　　　日（　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者名 |  | 生年月日 | S・H  年　　　月　　　日 |
| パスの種類 | □大腸がん　□胃がん　　□肝がん　　□肺がん | | |
| 診察状況 | P　S　□０:無症状　□１：軽度　□２：軽労働　□３：要介助　□４：常時介助  食欲不振　□なし　　□あり  悪心嘔吐　□なし　　□あり  下　痢　　□なし　　□あり | | |
| 情報提供  内　容 | 患者さんが来院されました。診察状況は以下の通りです。  よろしくお願いいたします。  □特に変化なし  □相談事項・情報提供 | | |