

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	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 肺がん		
診察状況	P S <input type="checkbox"/> 0:無症状 <input type="checkbox"/> 1:軽度 <input type="checkbox"/> 2:軽労働 <input type="checkbox"/> 3:要介助 <input type="checkbox"/> 4:常時介助 食欲不振 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 悪心嘔吐 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下痢 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。 よろしく願いいたします。 <input type="checkbox"/> 特に変化なし <input type="checkbox"/> 相談事項・情報提供		