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

**乳がん地域連携パス：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 | 乳がん | | |
| 診察状況 | **副作用（ホルモン剤使用者のみ）**  □ほてり　　□不正出血　　□関節痛　　□その他（　　　　　　　　　　　）  □なし  **身体所見**  □乳房腫瘤　　　　　□腋窩リンパ節腫大　　　　　　□鎖骨上窩リンパ節腫大  □患肢リンパ浮腫　　□その他（　　　　　　　　　）  □なし | | |
| 検査の実施 | □血液検査  □マンモグラフィ　□乳房超音波検査　□その他（　　　　　　　） | | |
| 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 | | |