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		