

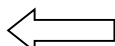
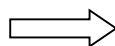
# F A X 送 信 票

埼玉医科大学総合医療センター  
がん診療支援室 担当者： \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 先生

TEL:049-228-3455  
FAX:049-228-3455



連携医療機関(かかりつけ医)  
担当者： \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 先生

TEL: \_\_\_\_\_  
FAX: \_\_\_\_\_

## がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受け入れ確認票）

埼玉医科大学総合医療センターの担当が記入

患者ID番号		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日
診断名	1. 乳がん      2. 胃がん      3. 大腸がん 4. 肺がん      5. 肝がん      6. その他（      ）		
診断日	平成	年	月 日
入院日	平成	年	月 日
退院日	平成	年	月 日
術式			
術日	平成	年	月 日
受診希望日			

かかりつけ医で記入

受入の有無	1. 受入可      2. 受入不可
担当医師	
初回受診日	平成      年      月      日