

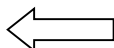
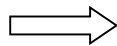
# F A X 送 信 票

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: \_\_\_\_\_

## がん地域連携パス逸脱届

患者 I D		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日
地域連携パスの種類	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 (                      )		
逸脱の理由	1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更 2. 転出（他県へ転出等） 3. 患者本人・ご家族の希望 4. 死亡 5. その他		
逸脱日	平成	年	月 日